

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBSF Antônio Cavalcante de Lima.  
Uiramutã/RR**

**Tomas Izaguirre Miranda**

**Pelotas, 2015**

**TOMAS IZAGUIRRE MIRANDA**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBSF Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Wâneza Dias Borges Hirsch

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M672m Miranda, Tomas Izaguirre

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Ubsf Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR / Tomas Izaguirre Miranda; Wâneza Dias Borges Hirsch, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

130 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Hirsch, Wâneza Dias Borges, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais, meus avós, minha esposa e filhas e aos meus irmãos.

## **Agradecimentos**

A minha esposa, grande incentivadora para que eu não desistisse dos meus sonhos.

As minhas queridas filhas, pelo carinho e incentivo que me fazem continuar sempre.

Aos meus pais, pela minha existência e ajuda.

A minha família, pelo incentivo.

Aos meus colegas de trabalho pela dedicação e entusiasmo.

A secretaria de saúde pelo apoio e estímulo permanente

E a Deus, por ter me concedido o privilégio de construir uma família maravilhosa e realizar este grande desafio.

Obrigado.

## Resumo

MIRANDA, Tomás Izaguirre. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na UBSF, Antônio Cavalcante de Lima, Uiramutã/RR.** 2015. 126f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O trabalho visou a melhoria da atenção à saúde de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* na área de abrangência da equipe de saúde número 1, da Unidade Básica de Saúde Uiramutã. População predominantemente indígena (96%). Um número significativo de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes estava sem controle ou com atenção deficiente, então esse trabalho esteve focado em incorporar o maior número possível de portadores ao programa de controle dessas doenças, melhorar a qualidade das ações de saúde recebidas por eles, além de melhorar o nível de participação nas atividades de acompanhamento, priorizar o atendimento segundo o nível de complexidade dos fatores de risco e agravos concomitantes, otimizar a qualidade dos registros e prontuários além de acrescentar o nível de educação sanitária referente a essas doenças aos portadores, familiares e comunidade. Para atingir esses resultados desenhamos seis objetivos relativos à cobertura, qualidade da atenção, adesão, registro, estratificação de risco e promoção de saúde. Para cada um desses objetivos propusemos metas com ações específicas a serem desenvolvidas no transcorrer de doze semanas. No período prévio a intervenção apenas 221 (45,16%) dos hipertensos e 36 (28,34%) dos diabéticos estavam incluídos no marco do programa de atenção a estas doenças; a intervenção foi desenvolvida durante um período de 12 semanas entre o mês de dezembro de 2014 e o mês de abril do 2015; embora os resultados tenham demonstrado melhorias, os níveis de cobertura atingidos correspondem à 250 usuários (65,7%) para os hipertensos e 65 (69,1%) para os diabéticos e a estratificação de risco e qualidade da atenção tenham evoluído, não cumprem com as metas propostas antes da intervenção, porém os indicadores das ações das metas de adesão, bem como as de registro e promoção de saúde atingiram 250 (100%) hipertensos e 65 (100%) diabéticos, de modo que cumprem as metas planejadas. A equipe de saúde envolveu-se em todas as fases da intervenção e a realização desta, mostrou a viabilidade do projeto, e também conseguiu conscientizar os usuários sobre a importância de comparecer à consulta programada ampliando a cobertura, bem como a qualificação da atenção. Por fim, as ações estão incorporadas à rotina da unidade.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Ampliação da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	7
Figura 2	Ampliação da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	76
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	77
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	78
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	79
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	81
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular /hiperdia priorizada, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	82
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /hiperdia priorizada. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	83
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	84
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	85
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	86
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa,	88

	UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	89
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	90
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	91
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	92
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	93
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	94
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação a prática de atividade física regular, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	95
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação a prática de atividade física regular, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	96
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	97
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	98
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	99
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR	100
Figura 25	Figura 25. Reunião da equipe. UBS Antônio Cavalcante de Lima.	118



Uiramutã/RR

Figura 26	Realização massiva de exames complementares. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	118
Figura 27	Rastreamento de hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	118
Figura 28	Atividade de promoção de saúde. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	119
Figura 29	Consulta médica do programa de hipertensão e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	119
Figura 30	Visita domiciliar à hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	119
Figura 31	Visita domiciliar para rastreamento de hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	120
Figura 32	Visita domiciliar do agente comunitário de saúde para rastreamento e busca de faltos a consultas. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	120
Figura 33	Visita domiciliar da equipe à usuária hipertensa. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	120
Figura 34	Visita domiciliar da equipe à usuária diabética. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	121
Figura 35	Reunião da equipe e líderes da comunidade. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	121
Figura 36	Reunião da equipe e líderes da comunidade. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.	121

### **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.**

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
DM	Diabetes Mellitus
EBS	Equipe Básica de Saúde.
ESF	Estratégia de Saúde da Família.
ESF/APS	de Saúde da Família/Atenção Primaria de Saúde.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
RR	Estado Roraima.
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TSB	Técnico de Saúde Bucal.
UBS	Unidade Básica de Saúde.

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	25
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.3.2 Indicadores .....	58
2.3.3 Logística .....	64
2.3.4 Cronograma.....	69
3 Relatório da Intervenção.....	71
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	71
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	72
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	73
4 Avaliação da intervenção.....	76
4.1 Resultados.....	76
4.2 Discussão .....	102
5 Relatório da intervenção para gestores .....	109
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	112
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	115
Referências .....	118
Apêndices.....	119
Anexos .....	124

## **Apresentação**

A estrutura deste trabalho conta com cinco capítulos ordenados sequencialmente, visando uma melhor organização e facilitar a compreensão do conteúdo.

O primeiro capítulo, a análise situacional inclui o texto inicial sobre a situação da ESF/APS na unidade de saúde e o relatório de análise situacional.

A seguir o segundo capítulo refere-se à análise estratégica/projeto de intervenção.

Logo após encontra-se o capítulo do relatório da intervenção onde se descreve o desenvolvimento das ações e a viabilidade da sua implementação.

O capítulo da avaliação da intervenção, está dando seguimento e contém os principais resultados, a discussão dos indicadores e os relatórios para os gestores e a comunidade, onde se expõem os aspectos mais relevantes, as mudanças mais significativas e o impacto para a saúde da comunidade.

Ao final encontra-se o capítulo reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que reflete o processo de incorporação de novos conhecimentos e habilidades do autor ao longo do trabalho do curso, as dificuldades e os principais aprendizados, bem como as referências, apêndices e anexos.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Eu atuo no município de Uiramutã, na Unidade de saúde da família “Antônio Cavalcante de Lima”. A nossa equipe de trabalho de saúde desenvolve as atividades em um prédio construído há três anos, situado na Rua Ceci Mota, bairro Sede, em frente à Praça Municipal a 100 m do Hospital Municipal e conta com uma estrutura física como uma sala de recepção onde as pessoas procuram atendimento e orientações sobre suas necessidades, e são encaminhadas de acordo com seus relatos sobre a saúde de indivíduo; uma sala de enfermagem onde são realizados os procedimentos referente à assistência como Pré-Natal, Puerpério, Puericultura, preventivo do câncer de colo de Útero (PCCU) Planejamento Familiar, Hipertensão e diabetes), e orientações relacionadas à vida socioeconômica e cultural de cada pessoa; uma sala de farmácia que oferece medicamentos gratuitos que cobre a demanda básica para tratamento das doenças mais frequentes que atingem a população; uma de vacinação que oferecem todas as vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI) com as condições que uma sala precisa para armazenamento e refrigeração das vacinas com os seus respectivos livros de registros tanto de adultos como de crianças; uma sala de consultas médicas onde são feitas as consultas com equipamentos básicos para desenvolver os atendimentos com maior qualidade para comunidade. Realiza-se atendimentos de Pediatria, ginecologia, obstetrícia, encaminhamentos para as referências necessárias, local com privacidade para os usuários expressar suas queixas e o profissional ouvir com toda atenção, jovens, adultos e idosos; uma sala de almoxarifado para o armazenamento dos medicamentos que eventualmente necessitem de reposição na farmácia; uma que serve como dispensa onde são colocados os materiais que não estão sendo usados como arquivos, cartazes, livros

de registros de atendimentos feitos na recepção, etc.; uma copa com pia, mesa, cadeiras, que é o ponto de encontros da equipe nos momentos de descontração; dois banheiros um para usuários e outro para funcionários; o prédio não tem atendimento odontológico; na unidade de saúde trabalham três equipes de saúde da família sendo cada uma com os seguintes profissionais, um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além disso a unidade conta com um farmacêutico, um técnico de farmácia, dois funcionários para realizar vacinas e um funcionário serviços gerais; a equipe abrange a população que mora na Sede municipal e nas comunidades vizinhas. São elas, Comunidade Uiramutã, Comunidade São Francisco, Comunidade Pé da Serra, e Comunidade Venezuela com uma população em média de três mil pessoas. O restante da população do município recebe atenção das equipes da Sesai (Secretaria de Saúde Indígena) e quando precisam chegar até a unidade de saúde existe um carro à disposição para transportá-los, além disso, devido ao difícil acesso pelas estradas, as pessoas têm dificuldades de se deslocar sozinhas.

Alguns postos têm transporte para levar os usuários até a unidade básica de saúde, mas muitos outros postos não dispõem de carros dificultando o acesso à unidade básica de saúde.

O atendimento no posto poderia ser muito melhor, mas, temos muitas limitações de recursos técnicos elementares tais como: laboratórios clínicos, radiografia, eletrocardiograma ou ultrassonografia. Com esses equipamentos a capacidade da equipe de saúde para fazer melhores diagnósticos, de forma mais rápida e ajudando a oferecer tratamento mais eficiente, evitaria muitas remoções e encaminhamentos, que atualmente são feitas para capital estadual, elevando os gastos de saúde.

Assim os gastos financeiros voltados para remoção e encaminhamentos de usuários poderiam ser diminuídos significativamente se a equipe de saúde estivesse dotada desses recursos técnicos.

Estas são as condições em que nossa equipe desenvolve o trabalho para levar atenção à saúde da população do município de Uiramutã.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Uiramutã, no estado de Roraima, onde realizo meu trabalho dentro do Programa Mais Médicos, encontra-se situado na região mais ao norte do Brasil. No coração do distrito especial indígena do leste, conta com uma população estimada de 8.375 habitantes com predomínio da população masculina (4.339) sobre a população feminina (4.037), com 96 % de população indígena. Os serviços de saúde são prestados por uma rede muito reduzida de unidades de saúde, integrada por uma pequena unidade hospitalar, que presta somente serviços básicos de urgência e emergência, nebulizações, atenção ao parto e puerpério, além de uma unidade de vigilância em saúde e uma unidade básica de saúde da família. No momento é a única unidade desse tipo no programa de atenção à saúde a família em nosso município, embora existam três em construção, em comunidades indígenas, próximas à sede municipal. O município não conta com núcleo de apoio à saúde da família, atenção especializada, exames complementares básicos, tais como: laboratoriais clínicos, Radiografias ou ultrassonografia. Quando os usuários necessitam de serviços são encaminhados à capital do estado (Boa Vista – RR), com uma viagem que chega a durar mais de 8 horas. A acessibilidade dos usuários é muito difícil, tendo em consideração que a maior parte da população encontra-se em comunidades muito distantes da Unidade Básica de Saúde(UBS) e chegam por caminhos com más condições, muitos chegam à sede municipal caminhando, pois há poucas disponibilidades de transporte terrestre.

A unidade encontra-se situada na zona rural, montanhosa e de difícil acesso por via terrestre. Mantém um vínculo estável com outras unidades de saúde estaduais (hospital geral de Roraima, hospital materno infantil e o hospital da criança), unidades de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que ofereçam continuidade à atenção da saúde recebida na Unidade Básica de Saúde/Estratégia de saúde da Família (UBS/ESF). Não existe vínculo com instituições de ensino superior que permitam aos profissionais da saúde da UBS participarem em cursos de aperfeiçoamento e capacitação. Nossa unidade pertence ao modelo de atenção: unidade básica de saúde da Família (UBSF), embora inicialmente tenha sido classificada como unidade mista, antes da construção de um prédio desenhado especificamente para ser uma UBS. A unidade presta serviço com três equipes de saúde da família, cada uma delas conta com; um médico, uma

enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A equipe não conta com cirurgião-dentista, auxiliar de odontologia, psicólogos ou, fisioterapeutas. Essa falta de profissionais para completar a equipe de saúde, limita a capacidade deles para oferecer serviços de saúde integrais e de qualidade, que poderiam evitar um alto número de encaminhamento e remoções minimizando os custos financeiros dos serviços que prestamos.

A estrutura física da unidade de saúde é pequena em consideração as recomendações do manual de estrutura física. Tendo uma recepção com uma área reduzida para o acolhimento de mais de 15 pessoas, que também é utilizada para fazer a triagem dos usuários, conta com uma sala de enfermagem, uma sala de vacinação, dois banheiros (um para mulheres e um para os homens) precisando de banheiros adequados para cadeirantes, possui uma farmácia que compartilha a área de depósito e entrega de medicamentos, além de existir um depósito de medicamentos em excesso, ambos têm as dimensões recomendada no manual de estrutura física. Existe, ainda, um consultório médico com banheiro interno, uma sala de vacinação, almoxarifado e uma copa/cozinha.

Toda essa estrutura conta com as condições de ventilação, iluminação e dimensões do manual de estrutura física, sendo que a UBS necessita de sala de reuniões, laboratório clínico, sala para ultrassonografia, consultório odontológico, sala para agente comunitário de saúde, sala de nebulização e sala de reabilitação. A falta dessa estrutura impossibilita satisfazer as necessidades básicas de saúde da população e cumprir com o princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No momento a prefeitura e a secretária de saúde estão ampliando a estrutura física da UBS que inclui ampliação da recepção, salão de reunião, consultório odontológico, mais, ainda não contempla laboratório clínico, sala para radiografias e ultrassom. Dessa forma, continuará baixo o nível de resolutividade.

Nossa equipe conta com um mapa do território de abrangência, mostrando as principais vias de acesso aos serviços de saúde, os principais núcleos de população, postos de saúde das comunidades indígenas, centros de trabalhos, escolas, creches, unidades administrativas e, fontes de abastecimento de água.

Ademais mostra as redes de esgotos, as quais são insuficientes representando, um dos principais problemas de saúde, e ameaça à saúde da população. Realizamos as consultas médicas em um consultório que possui as condições necessárias, segundo as recomendações do Manual de estrutura física



das UBS, também desenvolvemos algumas ações de pronto atendimento, embora não tenhamos serviço de urgência e emergência, pois estamos muito próximos à unidade hospitalar, que conta com uma unidade de pronto-atendimento.

A equipe desenvolve ações programáticas referentes aos programas de atenção ao pré-natal, puericultura, atenção à saúde das pessoas idosas, atenção aos diabéticos e hipertensos, crescimento e desenvolvimento, programa de prevenção de câncer de colo de útero e câncer de mama, além de prestar atendimento e acompanhamento aos usuários incapacitados e cadeirantes, a fim de realizarem o acompanhamento de outras doenças crônicas não transmissíveis, assim como ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das principais doenças infecciosas que atingem a população da área. Tais como infecções respiratórias, diarreicas, hepatites virais, leishmaniose, parasitoses, entre outras. Quando é feito o diagnóstico de doenças e agravos de notificação compulsória a equipe realiza a notificação dentro dos limites de tempo estabelecidos pelos protocolos. Outra importante ação; a visita domiciliar é uma das atribuições que nossa equipe também desenvolve de acordo com o programa de atividades da UBS, com prioridade para pessoas idosas, incapacitados, usuários acamados, cadeirantes, grávidas, crianças, usuários com doenças crônicas não transmissíveis, mas também realizamos visitas domiciliar aos usuários faltosos às consultas de acompanhamento programadas.

Atendemos uma população de aproximadamente de 2500 habitantes numa área que abrange a sede municipal e algumas comunidades na periferia: (Comunidade São Francisco, Comunidade Venezuela, Comunidade Pé da Serra, Comunidade Uiramutã) e algumas pequenas comunidades do interior; essa população é predominantemente jovem, produto de uma alta taxa de natalidade, com predomínio do sexo masculino e majoritariamente indígena da etnia macuxi. Para oferecer os serviços de saúde, nossa equipe conta com recursos humanos limitados, pois só temos em nossa estrutura os seguintes profissionais da saúde: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, além de 6 agentes comunitários de saúde, que trabalham nas comunidades. Tendo em conta essa realidade, consideramos insuficiente o tamanho e estrutura da equipe de saúde para oferecer atenção integral e de qualidade à saúde coletiva, pois carece de recursos humanos básicos tais como psicólogo, cirurgião-dentista, fisioterapeuta, auxiliares e técnicos de odontologia. Ademais realizamos atividades de participação comunitária

que permitem identificar, conhecer e interagir com líderes comunitários formais e informais, desenvolvendo essas atividades em centros administrativos, escolas, igrejas, creches, comunidades, grupos específicos de população. Tais como jovens, adolescentes, pessoas idosas, grávidas, tentando estimular a participação ativa dos membros da comunidade na identificação de problemas de saúde, riscos para a saúde e na tomada de decisões para a solução deles. Uma fraqueza importante de nossa equipe é a não participação no gerenciamento dos insumos, os quais são necessários para garantir um atendimento eficiente e de qualidade, embora não seja comum que aconteçam questões significativas pelas carências dos insumos.

Em nossa unidade de saúde o atendimento é de demanda espontânea, começa pelo acolhimento na recepção, onde encaminhamos os usuários para triagem e tendo em conta a natureza da doença, para a consulta médica. Temos dificuldade no acolhimento à demanda espontânea pelas características estruturais da UBS, com uma recepção pequena demais para acolher mais 15 usuários. Mas conseguimos atender os usuários em tempo inferior a 2 horas, com prioridade no atendimento a pessoas com urgências, idosos, e incapacidade física. Às vezes acontecem pedidos de atenção domiciliar a usuários que não têm capacidade de se movimentar até o posto. Nesses casos, um membro da equipe vai e presta o serviço. Não é comum que a demanda exceda a capacidade da UBS para atendimentos, mais quando acontece, reprogramamos as atividades planejadas dos membros da equipe, em função de dar atenção aos usuários e conseguir o atendimento na mesma seção, solucionando o excesso de demanda espontânea.

As razões com as principais ações de atenção à saúde da criança que são realizadas em nosso serviço incluem atenção clínica à morbidade, puericultura, monitoramento do crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, controle de vacinas segundo o Programa Nacional de Imunização, suplementação de ferro e vitamina A, atividades de promoção à saúde que incluem alimentação saudável, saúde bucal da criança, prevenção de acidentes, encaminhamento aos especialistas de segundo nível quando necessária, etc. Estas ações atingem 52(2,08%) menores de um ano, 104 (4,16%) de 1 a 5 anos e 562 (22,48%) de 5 a 14 anos. Como aspecto positivo na cobertura de atenção à saúde da criança podemos relatar que nossa equipe, conta com a capacidade necessária para desenvolver: as ações que garantem o acompanhamento das crianças na atenção clínica aos problemas de saúde, avaliação de risco, ações de promoção e prevenção da saúde, realização

das atividades mais importantes de programas de saúde da criança, mostrando os resultados satisfatórios nos níveis de imunização, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. A unidade atinge altos níveis de suplementação com vitamina A e ferro para prevenir anemias e deficiência nutricional. Também tem melhorado os níveis de adesão e incorporação às consultas de acompanhamento e atividades de promoção e prevenção para a saúde com participação ativa da comunidade. Realizamos nossas ações segundo o manual de atenção à criança. Ainda, temos que melhorar muito, pois, muitas mães não têm consciência da importância da adesão às consultas das crianças saudáveis, para o acompanhamento pelos profissionais da saúde do crescimento e desenvolvimento físico e psíquico da criança e para a aquisição de novos conhecimentos no manejo domiciliar da saúde da criança, a participação nas atividades de promoção de saúde é ainda baixa.

Essa atenção à criança começa desde a etapa de atenção pré-natal com nossos atendimentos destinados às gestantes os quais são todos realizados de forma programada e registradas em um livro, que adotamos para melhorar a qualidade do atendimento e controle dentro da unidade de saúde.

Todas as informações que adquirimos durante a consulta, além das informações que a gestante leva em seu cartão, são anotadas. Há o prontuário específico, onde também podemos fazer pesquisas sobre o estado nutricional e suas queixas durante toda sua gestação até o nascimento da criança. Desenvolvemos ações de acompanhamento à gestação com especial atenção ao estado nutricional da gestante, avaliação de risco, desenvolvimento e crescimento fetal, controle e prevenção da doença hipertensiva da gestante, com suplementação vitamínica e de ferro para prevenção de anemia e má formação congênita do tubo neural. Fazemos também atividades de prevenção e promoção da saúde tais como: aleitamento materno, conselho nutricional na criança, programa nacional de imunização, prevenção de câncer de colo uterino e câncer de mama. Desenvolvemos as atividades do manual de atenção à gestante de baixo risco. Como elemento negativo no desenvolvimento da atenção à saúde da gestante destaca a falta de adesão de muitas usuárias grávidas que não comparecem às consultas programadas, diminuindo o número de consultas recebidas durante a gestação. Resulta importante destacar que essas atividades de atendimento da atenção ao Pré-natal são anotadas no registro do programa de atenção ao pré-natal

onde são registrados os procedimentos realizados desde a primeira consulta até o final da gestação, o estado nutricional do usuário (peso, estatura e índice de massa corporal), controle de vacinação etc.

As principais ações que realizamos em nossa unidade com relação à atenção prevenção do câncer de colo de útero e controle câncer de mama começam pelo exame preventivo do câncer de colo de útero que é a atividade mais importante na prevenção e controle desta doença e atinge aproximadamente 534 (64,72%) das mulheres em idade fértil. A avaliação de risco, também, é realizada através de ações de promoção e prevenção específica estimulando o uso dos métodos anticonceptivos de barreira, para evitar a infecção pelo vírus do papiloma humano. Outra atividade que valorizamos muito é o exame periódico de mamas na consulta médica e a promoção da realização sistemática do autoexame de mamas em todas as mulheres pelo menos uma vez ao mês nesse sentido temos muito trabalho pela frente, pois as usuárias não têm adesão às atividades de promoção e prevenção dessa doença, a maioria delas não realiza autoexame de mamas e não assiste a consulta para realização do exame de mama na consulta médica, pelo menos uma vez ao ano. Embora tenhamos registro dessas atividades não temos a qualidade necessária pelas faltas sistemáticas das usuárias às consultas médicas programadas; precisamos ganhar em organização no planejamento e monitoramento de atividades de promoção e prevenção. Uma parte importante da mobilidade que assiste nossa unidade de saúde são usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou Diabetes, então, nossas principais ações estão em relação à promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dessas doenças, atenção às complicações, avaliação do risco de doenças cardíaco e cerebrovasculares, avaliação de risco da doença renal crônica e indicação de exames complementares. Também fazemos atividades de promoção da saúde com participação de grupos específicos para promover controle do peso corporal e evitar a obesidade, promoção de alimentação saudável e pratica sistemática de exercícios, prevenção da hipertensão, reduzindo o consumo excessivo de sal. A equipe realiza visitas domiciliares priorizadas aos usuários com hipertensão e diabetes.

Todas as atividades de promoção, prevenção e atenção a usuários com hipertensão e diabetes estimados em 445 (17,8%) e 117 (5,08%) da população; são programadas e registradas no livro de controle da diabetes e hipertensão. Os usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes também são cadastrados na

farmácia para mediante o cartão de hiperdia receber os medicamentos para o controle da doença. Seguimos as orientações do manual de controle da diabetes e hipertensão. Como aspecto negativo no controle dessas doenças, é importante destacar a carência de laboratório clínica, eletrocardiograma e ultrassom na unidade, que são elementos indispensáveis para o controle efetivo e avaliação de risco dessas doenças. Outro aspecto negativo é a falta de adesão da população às recomendações da equipe de saúde na adoção de medidas de controle de consumo excessivo de sal, álcool, controle de peso corporal e prática sistemática de exercícios físicos. Também o número de usuário que não participam das consultas médicas de controle é significativamente alto.

Na atenção à saúde da pessoa idosa, que inclui 136 (5,34%) usuários; as principais ações desenvolvidas pela nossa unidade são à atenção clínica e integral às pessoas idosas na consulta médica, avaliação nutricional, avaliação de risco cardiovascular e cérebro vascular, avaliação geriátrica, indicação de exames complementares quando necessário diagnóstico e controle de mobilidade oculta, pesquisa ativa de depressão, além disso, também fazemos visitas domiciliares pelo menos duas vezes no ano, a todas as pessoas idosas. Os idosos realizam atividades em grupos, onde estamos promovendo dicas de atividades físicas saudáveis, alimentação saudável, cuidado da saúde bucal. Dessas atividades também participam familiares dos usuários os quais são instruídos sobre quedas e acidentes, assim como na identificação de sinais alertas de doenças potencialmente graves. Nossa atividade na atenção ao usuário idoso considera as recomendações do caderno de atenção básica ao envelhecimento e saúde da pessoa idosa. As principais questões negativas na atenção à saúde da pessoa idosa estão relacionadas com a falta de adesão de usuários e familiares às recomendações da equipe de saúde, bem como a, escassa participação de pessoas idosas e familiares nas atividades em grupo de promoção de saúde e prevenção de risco e agravos à saúde da pessoa idosa. Outro aspecto negativo na atenção da pessoa idosa é a carência de exames complementares na unidade de saúde para o diagnóstico correto da morbidade e da avaliação de risco. As principais atividades desenvolvidas pela equipe são registradas no livro de controle da pessoa idosa onde se agendam as consultas e visitas domiciliares, além da programação de atividades de promoção de saúde e prevenção de doença, agravos e acidentes.

Os principais desafios que a UBS apresenta para o desenvolvimento de nosso trabalho estão relacionados com as limitações estruturais que com certeza reduzem nossa capacidade de oferecer serviços integrais e de qualidade à população, outra limitação é a insuficiência de recurso humano qualificado que também limita as possibilidades de integralidade do serviço oferecido pela unidade, além da necessidade de atenção especializada, também a falta de engajamento da população e líderes comunitários em relação com uma deficiente cultura sanitária, unidos a uma deficiente cultura sanitária, são limitações que a equipe tem que enfrentar e lutar para fazer as mudanças necessárias para melhorar a qualidade da saúde e a qualidade de vida da população de nossa comunidade.

Além dessas dificuldades, nossa equipe mantém uma alta capacidade para dar resposta aos desafios que tem que enfrentar na luta por melhorar a qualidade da atenção à saúde da comunidade. Existe um alto nível de engajamento dos profissionais que integram a equipe, também é necessário o destacar o acompanhamento dos gestores nas atividades da equipe dentro e fora da unidade de saúde. Também contamos com a colaboração de outras instituições que prestam serviço na comunidade, tais como escolas, igrejas, centros de trabalho, temos uma inestimável contribuição de muitos líderes comunitários que apoiam nosso trabalho no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

A secretaria de saúde tem a intenção de contratar os serviços de dois Cirurgiões-Dentistas para satisfazer as necessidades de atendimento durante a intervenção, um deles já se encontra no município, porém incorporado na unidade hospitalar onde realiza os atendimentos à comunidade. Neste momento a população recebe atenção odontológica na unidade hospitalar situada nas proximidades da UBS onde são encaminhados os usuários com demanda deste serviço.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Quando fazemos uma análise comparativa entre o trabalho: **“Qual é a situação da ESF/APS em seu serviço”** e o **“relatório da análise situacional”** com certeza, esse último incorpora muito mais elementos de análise que o primeiro, que feito a partir das primeiras impressões e observações em nossos primeiros meses de trabalho na unidade, esse trabalho está carente dos elementos de análise que

foram tidos em conta no relatório especialmente no referente à estrutura física da unidade, composição da equipe, atribuições da equipe e aplicação dos diferentes programas da atenção básica. Também não foram incluídos no primeiro trabalho, elementos relativos aos registros e controles das diferentes atividades desenvolvidas pela equipe. O segundo trabalho (relatório da análise situacional) foi desenvolvido tendo em conta elementos que foram obtidos dos diferentes materiais de estudo oferecidos ao longo da unidade 1. Na análise da estrutura da UBS descrevemos as particularidades da estrutura física da unidade, considerando as dimensões, condições de iluminação e ventilação das diferentes partes que integram a estrutura física da unidade, ademais analisamos a composição insuficiente dos recursos humanos da equipe, segundo o material de estudo fornecido pela unidade 1, mostramos as fortalezas e deficiências em relação: à atenção a saúde da criança, atenção pré-natal, aos diabéticos e hipertensos, saúde do idoso e programa de prevenção e controle ao câncer de mama e câncer de colo de útero, também relatamos como registramos e controlamos as diferentes atividades da equipe. Assim concluímos que o relatório da análise situacional tem permitido à equipe conhecer onde está e para onde temos que encaminhar o nosso trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil (Ministério da Saúde, 2006) são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Diante disso, destaca-se a importância destas doenças como grandes problemas de saúde coletiva.

A unidade encontra-se situada na zona rural, pertence ao modelo de atenção Estratégia de Saúde da Família (ESF). A estrutura física da Unidade Básica de Saúde (UBS) é pequena em consideração as recomendações do manual de estrutura física. Tendo uma recepção pequena, conta com uma sala de enfermagem, uma sala de vacinação, dois banheiros (um para mulheres e um para os homens) precisando de banheiros adequados para incapacitados, possui uma farmácia que compartilha a área de depósito e entrega de medicamentos, além de existir um depósito de medicamentos em excesso. Existe, ainda, um consultório médico com banheiro interno, uma sala de vacinação, almoxarifado e uma copa/cozinha. Toda essa estrutura conta com as condições de ventilação, iluminação e dimensões do manual de estrutura física. Nesse local, nossa equipe de



saúde da família presta serviço e está integrada com: um médico, um cirurgião-dentista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Atendemos uma população de aproximadamente de 2500 habitantes numa área que abrange a sede municipal e algumas comunidades na periferia; essa população é predominantemente jovem, produto de uma alta taxa de natalidade.

Antes da intervenção a cobertura do programa atingia 201 hipertensos e 36 diabéticos, que representa 45,16% e 28,34%, respectivamente, da estimativa de portadores de ambas doenças na área. Essa população alvo também coincide com o total da população alvo da UBS (nesse momento apenas uma equipe da UBS presta serviço na estratégia de saúde da família), mostrando uma muito baixa adesão devido a uma deficiente cultura sanitária, dificuldade no acesso à UBS e, além disso, falta engajamento da comunidade com as atividades do programa de atenção à hipertensão e diabetes. Levando em conta a falta de uma estrutura física adequada da UBS, ausência de atenção especializada, carência exames laboratoriais, radiografias, eletrocardiografia e ultrassonografia, consideramos que a qualidade da atenção do programa de atenção a essas doenças é deficiente, pois é impossível realizar uma correta avaliação de risco de doença cérebro vascular, assim como um acompanhamento integral pela equipe. Embora a equipe desenvolva algumas ações de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos, no âmbito de engajamento da população, ainda não desenvolve determinadas atividades de educação de saúde coletiva, tais como: prática sistemática de atividade física, combate ao tabagismo e orientações para uma alimentação saudável, ações que ainda precisam ser acrescentadas, para conseguirmos uma participação mais ativa e majoritária da população alvo e em risco, além da participação dos líderes comunitários e das principais instituições locais.

O programa de atenção à hipertensão e diabetes em nossa UBS apresenta um baixo grau de implementação em termos de cobertura, qualidade, adesão e engajamento da população alvo, pois a população alvo atendida está abaixo dos 50% em ambas as doenças. A qualidade da atenção é deficitária devido às carências relatadas e grande parte da população não participa ativamente das atividades do programa e falta sistematicamente às consultas programadas e, grande parte da população, não tem realizado a avaliação de risco. Porém, contamos com uma equipe qualificada e com muita vontade para melhorar a

qualidade da atenção integral à saúde dos hipertensos e diabéticos. É muito importante levar em conta que para realizar essa intervenção, contamos com o apoio dos técnicos e profissionais da saúde da UBS, gestores e das principais instituições que compreendem a grande importância da intervenção para acrescentar os conhecimentos básicos para a tomada de decisões, redução das complicações, mortalidade e custos na atenção, assim como para a tomada de decisões que permitam elevar a qualidade de vida da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Família, Antônio Cavalcante de Lima, Uiramutã/RR.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

#### **Objetivos Específicos**

- . Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
- . Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
- . Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
- . Melhorar o registro das informações.
- . Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
- . Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

#### **Metas**

##### Relativas ao objetivo ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

3. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
5. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
6. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
8. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
10. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

11. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
12. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo Melhorar o registro das informações.

13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.
20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Esta intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 16 semanas na Unidade de Saúde (UBS) Antônio Cavalcante de Lima, no Município de Uiramutã/RR. Participarão da intervenção adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Ações para metas de cobertura

Objetivo. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus(DM) da Unidade Básica de Saúde(UBS).

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: realização da busca ativa através dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), juntamente com os auxiliares de enfermagem, que aferirão a pressão arterial e o nível de glicose sanguínea dos usuários. Aqueles que apresentaram alteração nos índices serão remarcados para consulta médica e confirmação diagnóstica. Além disso, reservaremos turnos semanais voltados exclusivamente para o atendimento à demanda espontânea.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar treinamento com a equipe e criar um grupo de trabalho voltado para a atenção ao hipertenso e diabético. Com reuniões quinzenais, onde contaremos com a presença dos usuários que já possuem diagnóstico de hipertensão ou diabetes e de familiares ou conhecidos que se encaixam no grupo de risco, permitindo o acompanhamento e facilitando o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. O médico e enfermeira serão os responsáveis desta ação

- No eixo engajamento público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Criar grupo de trabalho voltado para os usuários cadastrados no programa de atenção ao hipertenso e diabético e seus familiares. Realizar ações educativas com foco nas doenças, seus sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento. O médico será o responsável da ação.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Realizar treinamento com a equipe de enfermagem, utilizando os protocolos do MS e o Caderno de Atenção, o médico será o responsável da ação.

Objetivo. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação a meta Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: realização da busca ativa através dos ACS, juntamente com os auxiliares de enfermagem, que aferirão a pressão arterial e o nível de glicose sanguínea dos usuários. Aqueles que apresentaram alteração nos índices serão remarcados para consulta médica e confirmação diagnóstica. Além disso, reservaremos turnos semanais voltados exclusivamente para o atendimento à demanda espontânea.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar treinamento com a equipe e criar um grupo de trabalho voltado para a atenção ao hipertenso e diabético. Com reuniões quinzenais, onde contaremos com a presença dos usuários que já possuem diagnóstico de hipertensão ou diabetes e de familiares ou conhecidos que se encaixam no grupo de risco, permitindo o acompanhamento e facilitando o desenvolvimento de ações de promoção de saúde. Enfermeira será a responsável

- No eixo engajamento público:

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Criar grupo de trabalho voltado para os usuários cadastrados no programa de atenção ao hipertenso e diabético e seus familiares. Realizar ações educativas com foco nas doenças, seus sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento. O médico da equipe coordenará esta ação

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm Hg.

Detalhamento: Realizar treinamento com a equipe de enfermagem, utilizando os protocolos do MS e o Caderno de Atenção de atenção Básica do Ministério da Saúde. O médico será o responsável da ação.

#### Ações para metas de qualidade

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: Disponibilizar horários específicos de atendimento para usuários cadastrados com diagnóstico de hipertensão, com fatores de risco, enviados pelos ACS das buscas ativas de hipertensos faltosos às consultas e de

usuários diagnosticados como hipertensos durante a investigação. A enfermeira será a responsável da ação

- No eixo organização e gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Os membros da equipe de saúde receberam na quarta semana de cada mês, uma atividade de capacitação e atualização de acordo com o Caderno de Atenção Básica do ministério da Saúde para a Atenção de hipertensos, o médico será o responsabilizado na realização dos exames físicos, enquanto a enfermeira e a técnica de enfermagem ficaram responsabilizadas com o acolhimento dos usuários e agendamento das consultas para acompanhamento, segundo a frequência estabelecida pelo protocolo, ademais, os ACS serão encarregados das visitas de rastreamento e envio de faltosos às consultas, assim como daqueles que sejam encontrados com pressão em níveis considerados como altos nos protocolos, durante as visitas domiciliares.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Organizar grupos de hipertensos nas diferentes comunidades para desenvolver atividades de orientação sobre a importância do controle da hipertensão para evitar o surgimento de complicações em órgãos alvo (cérebro, coração e rins) assim como da importância da atenção adequada dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades, no controle da hipertensão. O médico ficará responsabilizado com a ação.

- No eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.



Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais da equipe na prática de exames clínicos a hipertensos de acordo com os protocolos, além disso, os ACS receberam capacitação nas técnicas para medida da pressão incluindo o uso adequado do manguito. O médico e a enfermeira da equipe serão responsáveis pela capacitação dos profissionais, técnicos e ACS da equipe na quarta semana de cada mês.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Disponibilizar horários específicos de atendimento para usuários cadastrados com diagnóstico de diabetes, com fatores de risco, enviados pelos ACS das buscas ativas de diabéticos faltosos a consultas e de usuários diagnosticados como diabéticos durante a investigação. A técnica de enfermagem será responsabilizada com esta ação.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: facilitar que os membros da equipe de saúde receberão na quarta semana de cada mês, uma atividade de capacitação e atualização de acordo com o Caderno de Atenção Básica do ministério da Saúde para a Atenção de diabéticos. O médico será o responsável na realização dos exames físicos, enquanto a enfermeira e a técnica de enfermagem ficarão responsabilizadas com o acolhimento dos usuários e agendamento das consultas para acompanhamento, segundo a frequência estabelecida pelo protocolo, ademais os ACS serão encarregados das visitas de rastreamento e envio de faltosos as consultas, assim como de aqueles que sejam encontrados com resultados dos hemeglicotestes em

níveis considerados como altos, segundo os protocolos, durante as visitas domiciliares.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Organizar grupos de diabéticos nas diferentes comunidades para desenvolver atividades de orientação sobre a importância do controle da diabetes, para evitar complicações cardio e cérebro vasculares, assim como da importância da vigilância regular dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades, no controle da diabetes. Essa atividade será coordenada pela enfermeira, com os líderes comunitários.

- No eixo qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Realizar capacitação dos profissionais da equipe na prática de exames clínicos a hipertensos de acordo com os protocolos, além disso, os ACS receberão capacitação nas técnicas para aferição da pressão incluindo a realização do hemoglicoteste. O médico e a enfermeira da equipe serão responsáveis pela capacitação dos profissionais e técnicos e ACS equipe na quarta semana de cada mês.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Desenvolver com os membros da equipe de saúde na primeira semana do primeiro mês, uma atividade de capacitação e atualização de acordo com o Caderno de Atenção Básica do ministério da Saúde para a Atenção de hipertensos, sobre realização de exames complementares, o médico será

responsabilizado na realização dessa atividade, além da indicação dos exames complementares, enquanto a enfermeira e a técnica de enfermagem ficarão responsabilizadas com o agendamento dos turnos para realização deles.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Indicar exames complementares a todos os usuários com diagnóstico de hipertensão estabelecidos pelo Caderno de Atenção Básica de Atenção da Hipertensão Arterial Essencial, durante a consulta para exames clínicos, a técnica de enfermagem será responsável de agendar o turno para realização dos exames complementares, os quais serão feitos na UBS na terça, quarta e quinta-feira em semanas alternas. Em parceria com o gestor serão providenciados os recursos necessários para a realização dos exames, incluindo os recursos humanos e técnicos, também disponibilizaremos um mecanismo de alerta e aviso a usuários com atraso na realização destes exames através dos ACS das comunidades.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Realizar atividades de participação com os grupos organizados de hipertensos para orientar sobre a importância de realizar os exames completos, com a periodicidade estabelecida pelo programa, assim como explicar a sua importância para a uma correta avaliação pela equipe, de risco cardio e cérebro vascular, assim como o dano em órgãos alvo, essas atividades serão coordenadas pela enfermeira e os ACS em parceria com líderes comunitários e instituições da comunidade. Sendo realizadas na quarta semana de cada mês em espaços disponibilizados nas comunidades e na sala de reuniões da UBS, e serão conduzidas e orientadas pelo médico da equipe.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Organizar atividades de capacitação da equipe na quarta semana de cada mês, sobre indicação de exames complementares, a frequência de realização e utilidade na realização da avaliação de risco e dano a órgãos alvo, segundo o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Essencial, essa atividade será conduzida e orientada pelo médico da equipe.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

- Em relação à meta de Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Desenvolver com os membros da equipe de saúde receber na primeira semana do primeiro mês, uma atividade de capacitação e atualização de acordo com o Caderno de Atenção Básica do ministério da Saúde para a Atenção da Diabetes Mellitus, sobre realização de exames complementares, o médico da equipe será responsabilizado na realização desta atividade, além da indicação dos exames complementares, enquanto a enfermeira e a técnica de enfermagem ficarão responsáveis pelo agendamento dos turnos para realização deles.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo

Detalhamento: Indicar exames complementares estabelecidos no Caderno de Atenção Básica de Diabetes Mellitus, a todos os usuários com diagnóstico de diabetes durante a consulta para exames clínicos, a técnica de enfermagem será responsável de agendar o turno para realização dos exames complementares, os quais serão feitos na UBS na terça, quarta e quinta-feira, em semanas alternas, em parceria com o gestor serão providenciados os recursos necessários para a realização dos exames, incluindo os recursos humanos e técnicos, também

disponibilizaremos um mecanismo de alerta e aviso a usuários com atraso na realização destes exames a través dos ACS nas comunidades.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar atividades de participação com os grupos organizados de hipertensos para orientar sobre a importância de realizar os exames completos, com a periodicidade estabelecida pelo programa, assim como explicar a sua importância para a uma correta avaliação pela equipe, de risco cardio e cérebro vascular, assim como o dano em órgãos alvo, essas atividades serão coordenadas pela enfermeira e os ACS em parceria com líderes comunitários e instituições da comunidade. Sendo realizadas na quarta semana de cada mês em espaços disponibilizados nas comunidades e na sala de reuniões da UBS, e serão conduzidas e orientadas pelo médico da equipe.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Organizar atividades de capacitação da equipe na quarta semana de cada mês, sobre indicação de exames complementares, a frequência de realização e utilidade na realização da avaliação de risco e dano a órgãos alvo, segundo o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Essencial, esta atividade será conduzida e orientada pelo médico da equipe.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Garantir a inclusão de 100% dos hipertensos cadastrados pelo programa no registro de controle de medicamentos de Hiperdia da farmácia da

UBS além disso serão entregues do cartão de hiperdia no momento do cadastro. O médico e enfermeira da serão os responsáveis desta ação.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir a presença dos medicamentos recomendados pelo programa de Hiperdia no estoque da farmácia da UBS, os quais serão entregues aos usuários sob apresentação do cartão de Hiperdia, o farmacêutico será responsável pelo controle do estoque, fazendo um registro das necessidades dos medicamentos que estão em falta ou em quantidades insuficientes para suprir a demanda do programa, no final de cada semana e fará as coordenações com o gestor para o fornecimento das necessidades identificadas.

No eixo engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso

Detalhamento: Orientar durante o desenvolvimento das atividades mensais dos grupos nas comunidades sobre a importância de seguir as orientações médicas sobre alternativas, dosagens e horários de consumo dos medicamentos ademais os usuários receberão orientação sobre os seus direitos de ter acesso aos medicamentos do programa de Hipertensão e alternativas para obter esse acesso; o farmacêutico e o auxiliar de farmácia ficarão responsabilizados pela atividade.

- No eixo qualificação da prática clínica

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Organizar a capacitação e atualização dos profissionais e demais membros da equipe sobre as diferentes alternativas de tratamento para o adequado controle da Hipertensão durante as reuniões do grupo de trabalho na quarta semana de cada mês, e o médico será o responsável pela realização da

atividade; além disso, será capacitado sobre os direitos dos hipertensos a ter acesso aos medicamentos e alternativas para obter acesso a eles.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Garantir a inclusão dos 100% dos hipertensos cadastrados pelo programa no registro de controle de medicamentos de Hiperdia da farmácia da UBS, além disso serão entregues do cartão de hiperdia no momento do cadastro.

No eixo organização e gestão do serviço:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Garantir a presença dos medicamentos recomendados pelo programa de Hiperdia no estoque da farmácia da UBS, os quais serão entregues aos usuários sob apresentação do cartão de Hiperdia, o farmacêutico será responsável pelo controle do estoque, fazendo um registro das necessidades dos medicamentos que estão em falta ou em quantidades insuficientes para suprir a demanda do programa, no final de cada semana e fará as coordenações com o gestor para o fornecimento das necessidades identificadas.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Orientar durante o desenvolvimento das atividades mensais dos grupos nas comunidades sobre a importância de seguir as orientações médicas sobre alternativas, dosagens e horários de consumo dos medicamentos ademais os usuários receberão orientação sobre os seus direitos de ter acesso aos medicamentos do programa de Diabetes e alternativas para obter esse acesso o farmacêutico e o auxiliar de farmácia ficarão responsabilizados pela atividade.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Organizar a capacitação e atualização dos profissionais e demais membros da equipe sobre as diferentes alternativas de tratamento para o adequado controle da Diabetes durante as reuniões do grupo de trabalho na quarta semana de cada mês, e o médico será o responsável pela realização da atividade; além disso, será capacitado sobre os direitos dos diabéticos a ter acesso aos medicamentos e alternativas obter acesso a eles.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

Detalhamento: Organizar agendamento de consultas odontológicas para todos os hipertensos atendidos nas consultas para exames clínicos. A técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe verificarão nos prontuários dos hipertensos, e aqueles pendentes de avaliação odontológicas serão enviados à consulta com o dentista.

No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Garantir o atendimento dos hipertensos provenientes das consultas de exames clínicos e que sejam pendentes de avaliação odontológica, ademais serão atendidos aqueles que foram encontrados pendentes de avaliação de necessidade de atendimento odontológico na revisão dos prontuários, será disponibilizada uma consulta duas vezes por semana para o atendimento de hipertensos com consultas agendadas, os recursos materiais necessários, serão



garantidos pelo gestor e o cirurgião-dentista serão os responsáveis pela a organização do atendimento priorizando àqueles de maior risco odontológico.

- No eixo engajamento público:

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Orientar a comunidade na necessidade de manter uma adequada saúde bucal, através de um atendimento regular na consulta odontológica, estimular a comunidade em parceria com líderes comunitários, igrejas, escolas e outras instituições locais para demandas aos gestores em garantir disponibilização de atendimento odontológico integral e de qualidade nas comunidades. A enfermeira e o Cirurgião-dentista coordenarão essa ação

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

Detalhamento: Capacitar a equipe na avaliação de necessidade de atendimento odontológico em hipertensos, sendo responsável por essa atividade o Cirurgião-dentista da UBS, na quarta semanas de cada mês durante a atividade de capacitação e atualização da equipe.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

- Em relação à meta de Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Organizar agendamento de consultas odontológicas para todos os diabéticos atendidos nas consultas para exames clínicos. A técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe serão responsabilizadas, também verificarão nos prontuários dos diabéticos, e aqueles pendentes de avaliação odontológicas serão enviados à consulta com o dentista.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Garantir o atendimento dos hipertensos provenientes das consultas de exames clínicos e que sejam pendentes de avaliação odontológica, ademais serão atendidos aqueles que foram encontrados pendentes de avaliação de necessidade de atendimento odontológico na revisão dos prontuários, será disponibilizada uma consulta duas vezes por semana para o atendimento de hipertensos com consultas agendadas, os recursos materiais necessários, serão garantidos pelo gestor e o cirurgião-dentista serão os responsáveis pela organização do atendimento priorizando àqueles de maior risco odontológico.

- No eixo engajamento público:

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Orientar a comunidade na necessidade de manter uma adequada saúde bucal, através de um atendimento regular na consulta odontológica, estimular a comunidade em parceria com líderes comunitários, igrejas, escolas e outras instituições locais para demandas aos gestores em garantir disponibilização de atendimento odontológico integral e de qualidade nas comunidades. O médico e a enfermeira serão os responsáveis

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.

Detalhamento: Capacitar a equipe na avaliação de necessidade de atendimento odontológico em hipertensos, sendo responsável por essa atividade o Cirurgião-dentista da UBS, na quarta semanas de cada mês durante a atividade de capacitação e atualização da equipe.

### Ações para metas de adesão

Objetivo. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

- Em relação à meta de Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia)

Detalhamento: Organizar o trabalho da equipe para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas de hipertensos, a enfermeira e a técnica de enfermagem verificarão essa atividade, revisarão as folhas de produção e os prontuários dos hipertensos com consultas programadas durante a semana e atualizarão a ficha espelho.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Garantir que os hipertensos encontrados durante as visitas domiciliares disponibilizadas para a busca de faltosos às consultas programadas sejam atendidos em horários específicos e recebam prioridade no atendimento, os ACS serão os responsabilizados no desenvolvimento desta atividade em parceria com a técnica de enfermagem que agendará as consultas de faltosos em dois dias da semana: terça e quinta-feira.

- No eixo engajamento público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Organizar atividades com os grupos de hipertensos para orientar sobre a necessidade de comparecer às consultas clínicas e a periodicidade das mesmas ao mesmo tempo estimular a população para formular alternativas de

solução, para garantir a assistência regular a consultas, essas atividades serão realizadas pela enfermeira e os ACS em parceria com líderes e instituições da comunidade nas quartas semanas de cada mês.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Desenvolver atividades de capacitação para todos os membros da equipe de acordo com as recomendações do programa sobre realização de consultas clínica e sua periodicidade, o médico da equipe vai a garantir que os ACS incorporem os conhecimentos necessários para orientar a população das suas comunidades sobre a importância da consulta clínica e assistência regular e periódica.

Objetivo. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

- Em relação à meta Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Organizar o trabalho da equipe para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas de diabéticos, a enfermeira e a técnica de enfermagem verificará essa atividade, revisarão as folhas de produção e os prontuários dos hipertensos com consultas programadas durante a semana e atualizarão a ficha espelho.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Garantir que os diabéticos encontrados durante as visitas domiciliares disponibilizadas para a busca de faltosos às consultas programadas sejam atendidos em horários específicos e recebam prioridade no atendimento, os ACS serão os responsabilizados no desenvolvimento dessa atividade em parceria

com a técnica de enfermagem que agendará as consultas de faltosos dois dias da semana: terça e quinta-feira.

- No eixo engajamento público:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Organizar atividades com os grupos de diabéticos para orientar sobre a necessidade de comparecer às consultas clínicas e a periodicidade das mesmas ao mesmo tempo estimular a população para formular alternativas de solução, para garantir a assistência regular às consultas, essas atividades serão realizadas pela enfermeira e os ACS em parceria com líderes e instituições da comunidade nas quartas semanas de cada mês.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Desenvolver atividades de capacitação para todos os membros da equipe de acordo com as recomendações do programa sobre realização de consultas clínicas e sua periodicidade, o médico da equipe vai a garantir que os ACS incorporem os conhecimentos necessários para orientar a população das suas comunidades sobre a importância da consulta clínica e assistência regular e periódica. O médico da equipe coordenará esta ação.

#### Ações para metas de registro

Objetivo. Melhorar o registro das informações

- Em relação à meta de Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar atividades de capacitação da equipe durante a reunião mensal, para orientar sobre a utilização correta dos registros dos

hipertensos, ficha espelho e prontuários dos hipertensos, assim como atualização mensal da planilha eletrônica de coleta de dados.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Organizar o trabalho da equipe para garantir o fluxo sistemático das informações atualizadas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), assim como o registro das informações nas fichas de acompanhamento e nos prontuários dos hipertensos sendo a técnica de enfermagem responsável por essa atividade, será organizado um sistema de alerta e aviso os hipertensos com atrasos na realização de exames clínicos, exames complementares, estratificação de risco e no atendimento de avaliação de necessidade de atenção odontológica a traves dos ACS e coordenado pela enfermeira da equipe, ao final de cada semana o médico será o responsável por monitorar a atualização de todos os registros e da ficha espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados na quarta semana de cada mês, o gestor será o responsável por fornecer as cópias de planilhas de acompanhamento dos hipertensos.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar atividades grupais para orientar aos hipertensos sobre os seus direitos a ter registros de saúde e prontuários atualizados. Essas atividades serão feitas nas próprias comunidades com a presença de líderes sociais e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde no preenchimento da planilha de acompanhamento dos hipertensos, ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados, essa atividade será feita na primeira semana da intervenção, durante a atividade de capacitação e atualização da equipe e o médico da equipe ficarão responsabilizado em coordenar esta atividade.

Objetivo. Melhorar o registro das informações.

- Em relação à meta de Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar atividades de capacitação da equipe durante a reunião mensal, para orientar sobre a utilização correta dos registros, ficha-espelho e prontuários dos diabéticos, assim como atualização mensal da planilha eletrônica de coleta de dados.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Organizar o trabalho da equipe para garantir o fluxo sistemático das informações atualizadas do SIAB, assim como o registro das informações nas fichas de acompanhamento e nos prontuários dos diabéticos sendo a técnica de enfermagem responsável por essa atividade, será organizado um sistema de alerta e aviso os diabéticos com atrasos na realização de exames

clínicos, exames complementares, estratificação de risco e no atendimento de avaliação de necessidade de atenção odontológica a través dos ACS e coordenado pela enfermeira da equipe, ao final de cada semana o médico será o responsável por monitorar a atualização de todos os registros e da ficha-espelho e a planilha eletrônica de coleta de dados na quarta semana de cada mês, o gestor será o responsável por fornecer as cópias de planilhas de acompanhamento dos diabéticos.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Realizar atividades grupais para orientar aos diabéticos sobre os seus direitos a ter registros de saúde e prontuários atualizados. Essas atividades serão feitas nas próprias comunidades com a presença de líderes e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde no preenchimento da planilha de acompanhamento dos diabéticos, ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados, essa atividade será feita na primeira semana da intervenção, durante a atividade de capacitação e atualização da equipe e o médico da equipe ficarão responsabilizado em coordenar esta atividade.

#### Ações para metas de avaliação de risco

Objetivo. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- Em relação à meta de Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.



Detalhamento: Orientar a equipe de saúde para verificar nos registros e prontuários de hipertensos a realização de estratificação de risco pelo menos uma vez no ano. Essa atividade será coordenada pela enfermeira na quinta-feira de cada semana e será monitorada durante a reunião de capacitação e atualização da equipe na quarta semana de cada mês sendo o médico da equipe o responsável.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento destas demandas

Detalhamento: Organizar o atendimento dos hipertensos em consulta disponibilizada para estratificação de risco nas terça, quarta e quinta feiras de cada semana o responsável dela será o médico da equipe.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Organizar reuniões grupais para esclarecer aos hipertensos e familiares sobre a importância do controle dos fatores de risco, assim como, a necessidade de ir pelo menos uma vez no ano à consulta de estratificação de risco, para identificar possíveis danos a órgãos alvo, a enfermeira e a técnica da equipe ficarão responsáveis por realizar essa atividade na quarta semana de cada mês.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de novo em órgãos alvo, em hipertensos, também a equipe será treinada no registro dessa atividade e em técnicas de promoção de saúde para o controle dos fatores de risco modificáveis,

essa atividade será desenvolvida na reunião de capacitação e atualização da equipe na quarta semana de cada mês e o médico será o responsável.

Objetivo. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

- Em relação à meta de Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Orientar à equipe de saúde para verificar nos registros e prontuários de diabéticos a realização de estratificação de risco pelo menos uma vez no ano. Essa atividade será coordenada pela enfermeira na quinta-feira de cada semana e será monitorada durante a reunião de capacitação e atualização da equipe na quarta semana de cada mês sendo o médico da equipe o responsável.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Organizar o atendimento dos diabéticos em consulta disponibilizada para estratificação de risco nas terças, quartas e quintas-feiras de cada semana, o responsável por ela será o médico da equipe.

- No eixo engajamento público:

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Organizar reuniões grupais para esclarecer aos diabéticos e familiares sobre a importância do controle dos fatores de risco, assim como, a necessidade de pelo menos uma vez no ano comparecer à consulta de estratificação de risco, para identificar possíveis danos a órgãos alvo, a enfermeira e a técnica da equipe ficarão responsáveis por realizar essa atividade na quarta semana de cada mês.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões de novo em órgãos alvo, em diabéticos, além disso, a equipe será capacitada para o registro dessa atividade e técnicas de promoção de saúde para o controle dos fatores de risco modificáveis, essa atividade será desenvolvida na reunião de capacitação e atualização da equipe na quarta semana de cada mês e o médico será o responsável pela atividade.

#### Ações para metas de promoção de saúde

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação nutricional dos hipertensos, para desenvolver atividades com grupos de hipertensos nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre práticas alimentares saudáveis, que melhorem a qualidade de vida dos hipertensos, evitando ou adiando o surgimento de complicações, o gestor será responsabilizado por buscar parcerias com outras instituições que possam providenciar a presença de nutricionistas nas reuniões mensais com as comunidades que serão coordenadas por o médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar atividades com grupos de hipertensos nas diferentes comunidades sobre orientação nutricional e práticas alimentares saudáveis que permitam melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida dos hipertensos, evitando ou adiando a aparição de complicações, a enfermeira da equipe será responsabilizada em coordenar essa atividade incluindo a participação de um nutricionista das instituições educacionais locais.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação nutricional aos hipertensos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre práticas de alimentação saudável, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável por coordenar essa atividade.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

- Em relação à meta de Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação nutricional dos diabéticos, para desenvolver atividades com grupos de diabéticos, nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre práticas alimentares saudáveis, que melhorem a qualidade de vida dos diabéticos, evitando ou adiando o surgimento de complicações, o gestor será responsabilizado por buscar parcerias com outras instituições que possam providenciar a presença de nutricionistas nas reuniões mensais com as comunidades que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Realizar atividades com grupos de diabéticos nas diferentes comunidades, sobre orientação nutricional e práticas alimentares saudáveis que permitam melhorar o estado nutricional e a qualidade de vida dos diabéticos, evitando ou adiando a aparição de complicações, a enfermeira da equipe será responsabilizada em coordenar essa atividade incluindo a participação de um nutricionista das instituições educacionais locais.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação nutricional aos diabéticos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre práticas de alimentação saudável, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável de coordenar esta atividade.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação em relação de prática de atividade física regular dos hipertensos, para desenvolver atividades com grupos de hipertensos, nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre prática de atividade física regular, que melhorem a qualidade de vida dos hipertensos, evitando ou adiando o surgimento de complicações, o gestor será responsabilizado por buscar parcerias com outras instituições que possam providenciar a presença de educadores físicos, nas reuniões mensais com as comunidades que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades com grupos de hipertensos nas diferentes comunidades sobre orientação de prática de atividade física regular que permitam melhorar a qualidade de vida dos hipertensos, evitando ou adiando a aparição de complicações, a enfermeira da equipe será responsabilizada em coordenar esta atividade, incluindo a participação de um educador físico das instituições educacionais locais.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação sobre prática de atividade física regular aos hipertensos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre práticas de atividade física regular, em coordenação com um educador físico das instituições educacionais próximas, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável de coordenar essa atividade.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação em relação de prática de atividade física regular dos diabéticos, para desenvolver atividades com grupos de diabéticos, nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre prática de atividade física regular, que melhorem a qualidade de vida dos diabéticos, evitando ou adiando o surgimento de complicações, o gestor será responsabilizado por buscar parcerias com outras instituições que possam providenciar a presença de educadores físicos, nas reuniões mensais com as comunidades que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar atividades com grupos de diabéticos nas diferentes comunidades sobre orientação de prática de atividade física regular que permitam melhorar a qualidade de vida dos diabéticos, evitando ou adiando a aparição de complicações, a enfermeira da equipe será responsabilizada em coordenar essa atividade, incluindo a participação de um educador físico das instituições educacionais locais.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento. Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação sobre prática de atividade física regular aos diabéticos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre práticas de atividade física regular, em coordenação com um educador físico das instituições educacionais próximas, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável de coordenar essa atividade.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação em relação aos riscos do tabagismo aos hipertensos, para desenvolver atividades com grupos de hipertensos, nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".



Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre riscos ao tabagismo em hipertensos, o gestor será responsabilizado em garantir a compra de medicamentos necessários para o tratamento de “abandono ao tabagismo”, as atividades serão realizadas nas comunidades no espaço das reuniões mensais com as comunidades, que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para “abandonar o tabagismo”

Detalhamento: Realizar atividades com grupos de hipertensos nas diferentes comunidades sobre orientação sobre risco ao tabagismo, que permitam melhorar cultura sanitária dos hipertensos, evitando ou adiando a aparição de complicações, a enfermeira da equipe será responsabilizada em coordenar essa atividade durante a reunião mensal com as comunidades.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação sobre riscos ao tabagismo aos hipertensos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre o tabagismo como fator de risco em hipertensos, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável de coordenar essa atividade.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

- Em relação à meta de Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

- No eixo monitoramento e avaliação:

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos. Detalhamento: Capacitação aos membros da equipe em orientação em relação aos riscos do tabagismo aos diabéticos, para desenvolver atividades com

grupos de diabéticos, nas comunidades, essas atividades serão monitoradas durante a reunião da equipe na quarta semana de cada mês e serão coordenadas pela enfermeira da equipe.

- No eixo organização e gestão do serviço:

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre riscos ao tabagismo em diabéticos, o gestor será responsabilizado em garantir a compra de medicamentos necessários para o tratamento de abandono ao tabagismo, as atividades serão realizadas nas comunidades no espaço das reuniões mensais com as comunidades, que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo engajamento público:

Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Organizar atividades com participação ativa da comunidade, sobre riscos ao tabagismo em diabéticos, o gestor será responsabilizado em garantir a compra de medicamentos necessários para o tratamento de abandono ao tabagismo, as atividades serão realizadas nas comunidades no espaço das reuniões mensais com as comunidades, que serão coordenadas pelo médico da equipe na quarta semana de cada mês.

- No eixo qualificação da prática clínica:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde sobre metodologia de educação em saúde que permita levar orientação sobre riscos ao tabagismo aos diabéticos, ao mesmo tempo a equipe receberá orientação sobre o tabagismo como fator de risco em diabéticos, essas atividades serão realizadas na quarta semana de cada mês na reunião de capacitação e atualização da equipe. O médico da equipe será responsável de coordenar essa atividade.

### 2.3.2 Indicadores

#### COBERTURA

Objetivo. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

META 1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

INDICADOR. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

META 2 Cadastrar 90 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

INDICADOR Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

#### QUALIDADE

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 3 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

INDICADOR Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 4 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 5 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

INDICADOR Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 6 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

INDICADOR Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 8 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

NUMERADOR Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

INDICADOR Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META 10 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### ADESÃO

Objetivo. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

META 11 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

INDICADOR Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

META 12 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

INDICADOR Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

#### REGISTRO

Objetivo. Melhorar o registro das informações.

META 13 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Melhorar o registro das informações.

META 14 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### AVALIAÇÃO DE RISCO

Objetivo. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

META 15 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

META 16 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### PROMOÇÃO DE SAUDE

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 17 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

INDICADOR Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 18 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 19 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos

INDICADOR Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 20 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 21 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

INDICADOR Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 22 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 23 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

INDICADOR Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



Objetivo. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META 24 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

INDICADOR Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.  
Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e diabetes vamos adotar os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde, 2006 (Caderno de Atenção Básica n.º 15 Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica n.º 16 Diabetes Mellitus). Utilizaremos o prontuário do usuário e a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 380 (90%) hipertensos e 94 (90%) diabéticos do estimado das respectivas doenças. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 515 fichas-espelho necessárias para o acompanhamento dos usuários durante a intervenção. No acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro do programa de atenção à hipertensos e diabéticos identificando todos os usuários cadastrados com os diagnósticos de hipertensão e ou diabetes e que pertencerem a área de abrangência da equipe de saúde. A seguir a profissional localizará os prontuários e transcreverá todas as informações para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais, avaliação de necessidade de atenção odontológica e estratificação de risco cardiovascular em atraso, essa atividade será realizada duas vezes por semana para atualizar as fichas-espelho.

O monitoramento de consultas clínicas, exames clínicos, exames laboratoriais, estratificação de risco e avaliação odontológica de necessidades de atendimento serão realizados pelo cirurgião-dentista após a incorporação e o médico da equipe com frequência semanal na segunda-feira. Ao mesmo tempo e com igual frequência o farmacêutico da Unidade Básica de Saúde(UBS) monitorará a prioridade dos medicamentos do programa Hiperdia, ademais será monitorada a

avaliação e necessidade de atenção odontológica pelo cirurgião-dentista da equipe, após a sua incorporação assim, a técnica de enfermagem monitorará o cumprimento da periodicidade das consultas previstas para hipertensos e diabéticos na segunda-feira de cada semana.

As atividades de orientação para atividade física regular, orientação nutricional, riscos de tabagismo, e atenção a saúde bucal serão feitas pela enfermeira, o médico e o cirurgião-dentista da equipe na mesma data e horário das outras atividades de monitoramento.

Na primeira reunião o médico da equipe fará a definição das atribuições de cada membro da equipe na realização dos exames clínicos, exames laboratoriais, assim como o plano de capacitação e periodicidade da atualização dos profissionais na atenção de hipertensos e diabéticos que acontecerá na quarta semana de cada mês na própria unidade de saúde, uma versão atualizada do manual de atendimento será disponibilizada na unidade de saúde para o trabalho da equipe.

O médico da equipe vai fazer a solicitação dos exames complementares durante as consultas de atenção do programa e solicitará ao gestor municipal agilidade para a realização desses exames em semanas alternadas. A enfermeira da equipe orientará aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados na sexta-feira na reunião da equipe. O farmacêutico da UBS realizará o controle de estoque dos medicamentos do programa para manter um registro das necessidades dos medicamentos de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade. O cirurgião-dentista será o responsável por realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, após sua incorporação no segundo mês da intervenção. A incorporação de dois profissionais está garantida pela secretaria de saúde mediante contrato já assinado e acontecerá apenas no segundo mês da intervenção. A enfermeira da equipe orientará os ACS para realizar visitas para buscar os faltosos e organizará a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares que serão três vezes por semana.

As informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e a planilha de coleta de dato serão atualizadas pelo médico e enfermeira da equipe na quarta semana de cada mês sendo a enfermeira a responsável pelo monitoramento do registro, além de implantar a planilha registro e pactuará com os membros da equipe o registro das informações, ao mesmo tempo estabelecerá um sistema de

alerta para o controle de atraso na realização de consultas, exames complementares, estratificação de risco. O médico da equipe será o responsável pelo atendimento dos usuários avaliados como de risco, uma vez por semana, assim o médico e a enfermeira organizarão atividades práticas coletivas para orientar a comunidade sobre alimentação saudável, atividade física, risco de tabagismo, em parceria com instituições educacionais da comunidade ao mesmo tempo o médico e o farmacêutico da equipe serão responsabilizados em demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo. O médico da equipe será o responsável por garantir a prática clínica, na UBS e se disponibilizará o turno da tarde de segunda a sexta-feira para atenção de hipertensos e diabéticos com consulta agendada pelo programa, usuários com valores de pressão e hemoglicoteste em parâmetros considerados como elevados, assim como aqueles resgatados pelos ACS na busca de faltosos às consultas. Assim também será feita a estratificação de risco em consultas na quinta e sexta de semanas alternadas, o médico da equipe fará essa atividade. A enfermeira da equipe coordenará em parceria com o gestor a coleta de material para exames complementares nas quartas-feiras em semanas alternas e o cirurgião -dentista será o responsável de realizar duas vezes por semana a avaliação de necessidade de atenção odontológica.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será feito na recepção da UBS, assim como dos de usuários com pressão arterial e hemoglicoteste em parâmetros considerados como altos terão prioridade e serão encaminhados à consulta disponibilizada para atenção a hipertensos e diabéticos cinco vezes na semana, com um atendimento diário de oito usuários. O serviço será realizado pela técnica de enfermagem na sala de recepção da UBS. Também os usuários portadores dessas doenças que buscarem assistência de rotina serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e inclusão na intervenção, o gestor municipal garantirá o material adequado para a tomada da pressão arterial e realização do exame do hemoglicoteste, assim como fita métrica, balança de adulto e calculadora.

Faremos contato com a associação de moradores, líderes e autoridades das instituições da comunidade e representantes das cinco igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da unidade nessa primeira atividade.

A comunidade será informada na importância de medir a pressão pelo menos anualmente e sobre a importância do rastreamento para diabetes em adultos, ademais a comunidade receberá orientação sobre fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, as atividades de orientação à comunidade serão realizadas pelo médico e pela enfermeira da equipe na quarta semana cada mês, onde explicarão os riscos de doenças cérebro vasculares, importância da realização de exames clínicos e exames complementares assim como o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos do programa de hiperdia. Também nessas atividades a comunidade terá informação sobre a importância de participar das consultas ao tempo que ouvirão a estratégia para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes, explicando aos faltosos sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Ademais orientar-se-á aos usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros do programa de hipertensão e diabetes. Além disso, os usuários e a comunidade receberão avaliação para estratificação de risco e a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação e peso para o controle de ambas as doenças. Por fim, a comunidade receberá informação sobre importância da atividade física regular, alimentação saudável existência de tratamento para abandonar o tabagismo e atendimentos de saúde bucal.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde, na quarta semana de cada mês será desenvolvida uma atividade coletiva, e realizar-se-ão atividades de treinamento na verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização de hemoglicoteste, ao mesmo tempo a equipe será capacitada sobre o manual do programa de atenção a hipertensos, essa atividade estará sob supervisão do médico da equipe. A capacitação sobre avaliação de necessidades de atendimento odontológico será realizada pelo cirurgião-dentista após sua incorporação

Os ACS participarão e receberão treinamento para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realização das consultas e sua periodicidade e a equipe receberá treinamento sobre preenchimento dos registros e o registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas. Ademais terá capacitação na estratificação de risco dos usuários segundo o escore de *Framingham* e controle de fatores de risco. Por fim receberão capacitação sobre prática de alimentação

saudável metodologia de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitar e Atualizar os profissionais da U.B.S nas técnicas para verificação de Pressão Arterial e realização de Hemoglicoteste, realização de exame clínico e indicação de exames laboratoriais, estratificação de risco e avaliação de necessidades de atenção odontológica.				X				X				X				X
Cadastramento e atualização do registro de Hipertensos e Diabéticos e atualização da ficha-espelho.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento Clínico de Hipertensos e Diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visitas Domiciliares a Hipertensos e Diabéticos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Consulta Odontológica para a avaliação de necessidades de atenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação de ACS'S na busca ativa de hipertensos e diabéticos, faltosos a consulta.				X				X				X				X
Criação de grupos de Hipertensos e Diabéticos.	X	X	X	X												
Coleta de Sangue para exames complementares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estratificação de Risco de doença Cardiovascular.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões na comunidade com líderes comunitários, representantes		X				X				X				X		X

---

de instituições sócias e igrejas para estimular a participação no projeto, realizar atividades de orientação sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos de tabagismo e saúde bucal.

**Monitoramento da Intervenção**

x x x x x x x x x x x x x x x x

### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Todas as ações previstas foram desenvolvidas, entretanto tivemos de enfrentar diversas dificuldades que foram resolvidas com o apoio entusiasta da equipe e ajuda fornecida pela secretaria de saúde; **as ações das metas de cobertura** tiveram um obstáculo na sua implementação em relação a limitações no acesso da equipe as comunidades e dos usuários à Unidade Básica de Saúde (UBS), pois não foi possível identificar todos aqueles usuários com hipertensão e diabetes durante as consultas médicas e visitas domiciliares, embora todas as casas tenham recebido a visita da equipe; em relação às **ações das metas de qualidade**, todos os usuários que foram cadastrados nos registros de hipertensão e diabetes da unidade receberam consultas para a realização de exames clínicos, assim como a indicação de exames complementares.

A realização dos exames clínicos foi a maior dificuldade enfrentada durante a intervenção, pois o município ainda não dispõe de laboratório clínico e somente começamos a cumprir essa ação na quinta semana, quando a secretaria da saúde contratou os serviços de um laboratório clínico para coleta sistêmica de amostras para realização de exames laboratoriais, com frequência semanal. Dessa maneira, melhorou a acessibilidade da população economicamente carente, que teve acesso amplo aos exames; também tivemos problemas na realização da ação das metas de avaliação de necessidade de atendimento odontológico que foi afetado pela ausência de cirurgião-dentista na Unidade Básica de Saúde (UBS) até a quarta semana da intervenção, quando foram incorporados à unidade dois deles, que iniciaram de imediato o trabalho de avaliação de necessidade de atendimento, porém apresentamos outras dificuldades, em função da ausência sistemática de alguns dos usuários às consultas odontológicas planejadas, mesmo quando foram



visitados em várias oportunidades pelos membros da equipe e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para desenvolver a busca ativa de usuários faltosos às consultas. Assim, as ações relativas **às metas de adesão** foram realizadas sem maiores dificuldades pois, o número de ausências às consultas médicas planejadas foi mínimo e os usuários faltosos receberam visitas dos ACS ou da equipe para fins de recuperar as consultas perdidas. Não tivemos grandes dificuldades na busca ativa de faltosos, levando em consideração que registramos um número muito reduzido de ausências nas consultas planejadas. Além disso, os faltosos receberam visitas dos ACS, ou receberam consultas pela equipe de saúde durante as visitas domiciliares.

Também foi bem sucedido o trabalho feito para desenvolver **as ações relativas às metas de registro**, pois foram revisados todos os prontuários em busca de hipertensos ou diabéticos, para serem incluídos na intervenção, todos os casos recém- diagnosticados durante as consultas e visitas domiciliares foram incluídos nos registros da intervenção. A implementação das **ações das metas de estratificação de risco** sofreu atrasos significativos, pelas dificuldades vindas da falta de exames complementares e avaliação odontológica, elementos fundamentais para fazer uma correta avaliação de risco cardiovascular.

Com relação **às ações de promoção de saúde** focadas nas orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, risco de tabagismo e saúde bucal, os usuários receberam com regularidade, orientações durante as consultas médicas, visitas domiciliares e em atividades com participação da comunidade.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Todas as ações planejadas foram desenvolvidas, porém nem todas tiveram o mesmo nível de cumprimento; as ações de cobertura mesmo as que tiveram resultados satisfatórios não conseguiram as metas propostas.

### 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades para a coleta e sistematização dos dados, **em relação às ações das metas de cobertura** estiveram determinadas pelos casos diagnosticados fora da área de abrangência da equipe e pelas atividades de pesquisa de novos casos e que nunca tinham consultado por hipertensão ou diabetes na unidade de saúde. Esses usuários tiveram que ser registrados mediante visita domiciliar, atividade que no começo esteve enfraquecida devido ao número reduzido de ACS.

Em relação às ações **das metas de adesão** não tivemos problemas para sistematizar a coleta de dados devido ao número reduzido de ausências as consultas planejadas e à recuperação imediata das consultas; também as ações em relação as metas de **qualidade e** de avaliação de necessidade de atendimento odontológicos tiveram baixos níveis de registro provocado pela ausência de cirurgião-dentista afetando os indicadores desta ação durante a primeira etapa, assim a coleta de dados relativa às ações das metas de **avaliação de risco cardiovascular** também foi reduzida pela impossibilidade de realizar exames completos e avaliação odontológica; elementos necessários para o desenvolvimento desta ação.

No restante das ações de cobertura, qualidade e promoção de saúde não existiram dificuldades significativas, no preenchimento das planilhas de coleta de dados as dificuldades estiveram relacionadas com digitalização incorreta de números na hora de do preenchimento da planilha provocando erros no cálculo dos indicadores; além tivemos dificuldades no preenchimento da folha de dados da UBS particularmente ao final de cada mês na hora de fechamento da planilha, erros que foram corrigidos de imediato. O cálculo dos indicadores só apresentou dificuldades no começo devido a um erro na digitalização de um número no indicador de cobertura, mas não foi um problema significativo e em resumo a planilha de coleta de dados resultou uma ferramenta muito valiosa para a avaliação sistemática do trabalho durante a intervenção.

### 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A organização das atividades de serviço na unidade de saúde teve um antes e um depois. A partir da intervenção muitas atividades foram reorganizadas em função da intervenção, outras atividades que nunca foram feitas e começaram-se a realizar no marco da intervenção e continuarão fazendo parte da rotina.

Sobre as **ações das metas de cobertura** é preciso salientar, que um grande número de usuários foi incluído na intervenção, depois de serem diagnosticados com hipertensão ou diabetes no momento das atividades de rastreamento destas doenças no marco do trabalho e outros começaram a assistir com regularidade às consultas programadas quando foram incluídos nestas atividades da equipe.

Em relação às **ações das metas de registro**, todos os prontuários foram revisados com o propósito de identificar portadores de hipertensão e diabetes e também outras doenças crônicas, não transmissíveis; encaminhando os usuários com prioridade no atendimento às consultas correspondentes, atividades educativas com ênfase na promoção e prevenção de fatores de risco e doenças crônicas, também são conduzidas na recepção pelas técnicas de enfermagem e enfermeiras no momento do registro. Então, essas atividades agora fazem parte das atividades rotineiras da recepção.

Relativas às **ações das metas de qualidade**, outra atividade que embora viéssemos realizando antes da intervenção, tomou outra dimensão no curso do trabalho, foi a consulta médica programática, realizada pela equipe em função de obter maior integralidade com mudanças qualitativas no conteúdo. Focadas na identificação de fatores de risco, diagnóstico precoce de doenças crônicas, encaminhamento para a consulta odontológica, para avaliação de necessidades de atendimento, prescrição de exames complementares adicionando orientações sobre prevenção de fatores de risco e promoção de hábitos saudáveis de vida. Este estilo de trabalho tem sido incorporado na rotina de trabalho da UBS para todas as doenças crônicas não transmissíveis.

Com relação às **ações da meta de promoção de saúde**, além das atividades educativas de prevenção de risco e promoção de saúde também ficaram na metodologia de trabalho das visitas domiciliares, nas consultas médicas, assim como em atividades coletivas com participação ativa da comunidade, instituições, escolas, igrejas e líderes comunitários. As ações de capacitação da equipe também têm sido implementadas com regularidade e a proposta dos membros da equipe vão

se manter como parte do cronograma de atividades da UBS, atividades tais como: realização de exames complementares, avaliação odontológica sistemática que só foram integradas durante a intervenção e foram tão sucedidas que permanecerão no programa de trabalho da UBS. A intervenção também resultou em uma experiência muito positiva, na participação entusiasta da comunidade ao longo do trabalho da intervenção e na hora de interagir com a equipe em todas as atividades. Nesse sentido, temos de considerar que o conselho municipal de saúde embora existisse, foi reestruturado na sua composição integrando maior número de participantes da população e das comunidades indígenas; aspecto que melhorou a integralidade do conselho na hora de tomar decisões e busca de soluções.

Por fim, de modo geral, a intervenção tem sido muito bem sucedida na área de abrangência da UBS e no município mudando significativamente o estilo de trabalho, o processo de acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis, das quais a hipertensão e a diabetes mellitus são padrões, e melhorando qualitativamente o processo colegiado de tomada de decisões com participação ativa da comunidade por parte dos gestores.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A nossa intervenção esteve focada na melhoria da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Antônio Cavalcante de Lima, Uiramutã/RR, através de ações para aumentar a cobertura, melhorar a qualidade, melhorar a adesão dos portadores ao programa, aperfeiçoar o registro, implementar a avaliação de risco cardiovascular e regularizar as atividades de promoção de saúde, frisando acompanhar um estimado de 380 hipertensos e 94 diabéticos ao longo de um período de 12 semanas, embora no começo tenham sido planejadas 16 semanas, assim, devido a ajustes da coordenação do curso houve essa redução do tempo de semanas.

#### **Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde**

**OBJETIVO** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos. Na nossa área existe uma população maior de 20 anos de 1675 pessoas. A intervenção focou-se na população de hipertensos estimada em 380 usuários, sendo que deles participaram da intervenção, 250 do total de hipertensos na área adstrita. No primeiro mês foram incorporados 123 usuários (32,4%), no segundo, 226 usuários (59,5%) e no terceiro 250 usuários (65,8%). Desse modo, a meta não foi atingida, pois ainda nem todos os possíveis portadores foram pesquisados e cadastrados.

No início da intervenção apenas 67 usuários (26,8%) estavam recebendo atendimento programa de atenção aos hipertensos, mas, durante a intervenção os 250 (100%) usuários identificados durante as atividades de rastreamento aos

portadores de hipertensão. A identificação de usuários com diagnóstico de hipertensão fora da unidade incrementa o número de usuários incorporados, porém, a ação que mais contribuiu para acrescentar a incorporação de hipertensos foi a pesquisa ativa durante as visitas domiciliares, realizadas pela equipe e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Devemos salientar que 100% dos domicílios da área de abrangência da Equipe foram visitados na realização dessas ações (Figura 1).

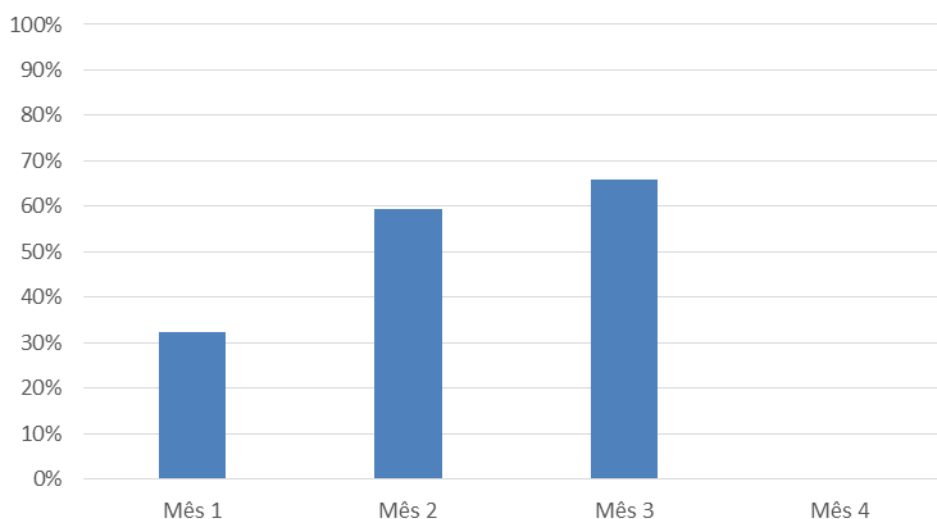


Figura 1. Ampliação da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde**

**OBJETIVO** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**META** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção também focou-se na população de diabéticos, estimada em 94 usuários da população da área adstrita, dos quais só 36 tinham sido cadastrados no programa de hiperdia; na intervenção foram incorporados 46 usuários (48,9%) no primeiro mês, no segundo mês 57 usuários (60,6%) e no terceiro foram 65 usuários (69,1%) do total de estimados na área adstrita. Portanto, não atingimos a meta de 90% dos estimados, pois ainda nem todos os possíveis portadores foram pesquisados.

No início da intervenção apenas 36 (55,38%) diabéticos estavam recebendo atenção no programa de atenção à hiperdia, mas durante a intervenção mais 29

usuários (100%) foram incorporados ao registro de diabetes. O rastreamento de usuários com esse diagnóstico, feito fora da unidade, incrementou o número de usuários incorporados, assim, a ação que mais ajudou a acrescentar a incorporação de usuários com diagnóstico de diabetes foi a pesquisa ativa durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe e Agentes Comunitário de Saúde, importante destacar que 100% dos domicílios da Área de abrangência da Equipe foram visitados na realização dessas ações e mais de 300 hemoglicotestes e mais 170 glicemias de jejum foram feitos em população de risco ou suspeita dessa patologia (Figura 2).

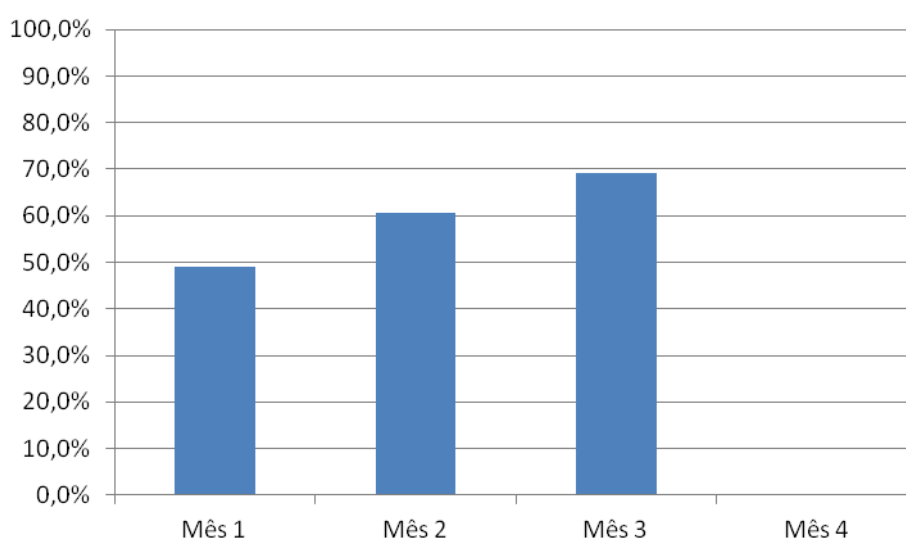


Figura 2. Ampliação da Cobertura do programa de atenção ao diabético. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

**OBJETIVO** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

No começo da intervenção somente 54 usuários (21,6%) hipertensos tinham realizado exames em dia de acordo com o protocolo. No transcorrer da intervenção 250 (100%) usuários cadastrados com esse diagnóstico receberam exame clínico, 115 usuários (93,5%) no primeiro mês, 226 usuários (90,4%) no segundo e o 250(100%) no terceiro.

Quando iniciamos a intervenção só 54 (21,6%) hipertensos tinham realizado exames clínicos, esta ação evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção, pois

todos os hipertensos receberam exame clínico já na primeira consulta logo após serem cadastrados. O planejamento de consultas programáticas priorizadas em horários e dias específicos da semana foi a ação que mais ajudou nos resultados atingidos na realização dessa ação. Também a organização da recepção de hipertensos enviados das comunidades, com diagnóstico provável de hipertensão, identificados pelos ACS contribuiu para melhorar o diagnóstico precoce e a realização da consulta para exame clínico. Os ACS identificaram 32 usuários com cifras de pressão arterial em parâmetros acima dos considerados como normais, salientando que dois deles estavam com dano em órgãos alvo (Figura 3).

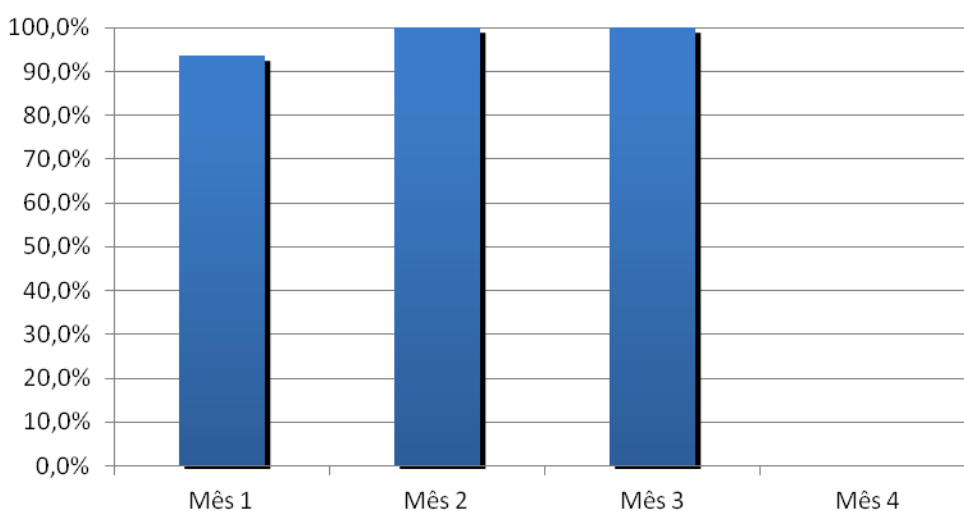


Figura 3 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados.

### **Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

**OBJETIVO** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

No começo da intervenção somente 22 usuários (33,8%) diabéticos tinham realizado exames em dia de acordo com o protocolo. No decorrer da intervenção 65 (100%) usuários foram cadastrados com esse diagnóstico e receberam exame clínico. Desses, 45 usuários (69,23%) foram atendidos no primeiro mês, 57 usuários (87,69%) no segundo e completamos 65 (100%) no terceiro.

Quando iniciamos a intervenção apenas 22 diabéticos tinham realizado exames clínicos, assim, essa ação evoluiu favoravelmente ao longo da intervenção, pois todos os diabéticos receberam exame clínico já na primeira consulta, logo após



serem cadastrados e o planejamento de consultas programáticas priorizadas em horários e dias específicos da semana foram as ações que mais ajudaram nos resultados atingidos. Cabe destacar também a organização da recepção de diabéticos enviados das comunidades pelos ACS, com diagnóstico confirmado fora da nossa Unidade, que contribuiu na melhoria da realização da consulta para exame clínico adequado. Os ACS e a equipe de saúde identificaram 31 usuários com hemoglicotestes em parâmetros acima dos considerados como normais, durante as visitas domiciliares, dos quais 13 resultaram em casos confirmados de diabetes. Todos eles logo após foram encaminhados à consulta para exame clínico, salientando que seis deles tinham dano em órgãos alvo (Figura 4).

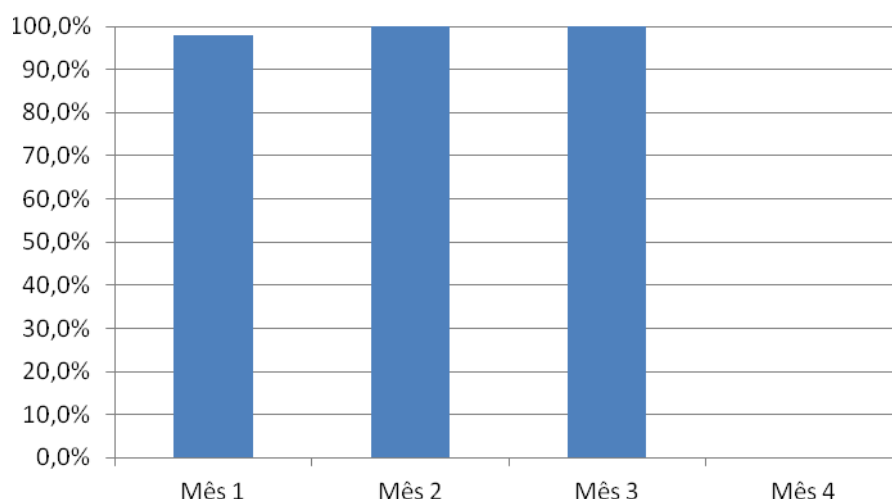


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**

OBJETIVO Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No começo da intervenção somente 11 usuários (16,4%) hipertensos dos 67 cadastrados, tinham realizado exames complementares de acordo com o protocolo, no percurso da intervenção 224 (89,6%) receberam exame clínico; deles 86 usuários (38,1%) fizeram os exames no segundo mês e o resto no terceiro mês. No primeiro mês não realizamos exames complementares por não termos disponibilidade de

laboratório clínico. A deficiência de exames complementares desde o início da intervenção impossibilitou a cumprimento da meta.

Quando iniciamos a intervenção só 11 usuários (16,4%) hipertensos, dos 67 cadastrados tinham realizado exames complementares. Assim, essa ação não evoluiu favoravelmente na primeira etapa da intervenção devido à carência de laboratório clínico ou de um mecanismo que facilitasse o acesso da população a esses exames. Porém, na segunda metade da intervenção o indicador começou a evoluir de forma satisfatória, depois que a secretaria de saúde disponibilizou os serviços de um laboratório clínico, sendo essa a ação que mais ajudou para a realização de exames complementares, com realização das coletas de amostra uma vez por semana. Essa ação deu acesso a todos aqueles incluídos na intervenção, para que fizessem os exames protocolados. Desse modo, 224 usuários (89,6%) hipertensos realizaram exames complementares, os quais foram solicitados no momento que receberam a consulta de exame clínico. Por fim, o modo como a população recebeu essa iniciativa da prefeitura, no marco da intervenção, foi muito interessante, visto que os usuários ficaram satisfeitos, ao mesmo tempo que a ação ficou incorporada permanentemente na rotina de trabalho da UBS (Figura 5).

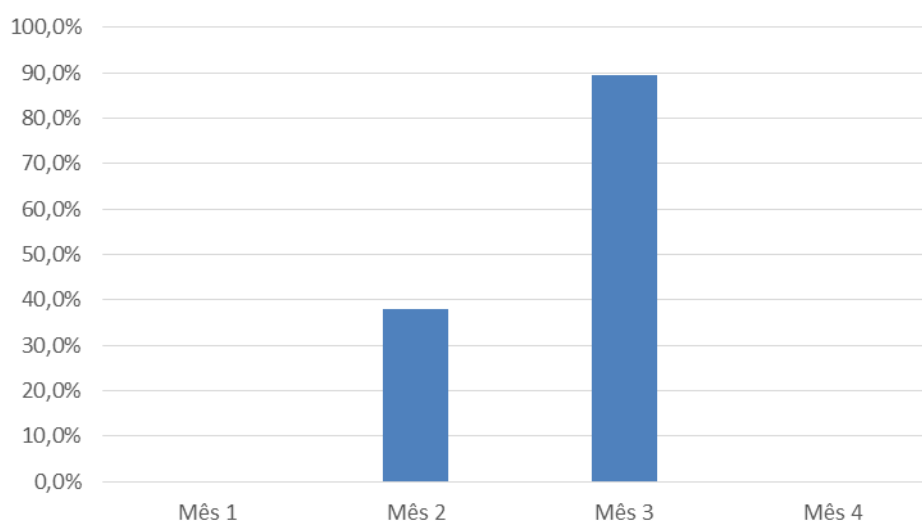


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo**

OBJETIVO Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No começo da intervenção somente 13 usuários (36,1%) diabéticos, dos 36 cadastrados previamente tinham realizado exames complementares de acordo com o protocolo. No transcorrer da intervenção 60 (92,3%) usuários com esse diagnóstico receberam exame clínico e até o final da intervenção, destes, 28 usuários (49,1%) fizeram os exames no segundo mês e o restante no terceiro mês. A carência de exames complementares desde o início da intervenção impossibilitou o cumprimento da meta.

Quando iniciamos a intervenção só 13 usuários (36,1%) diabéticos, dos 36 cadastrados tinham realizado exames complementares, assim, essa ação não evoluiu favoravelmente no primeiro mês da intervenção devido à carência de laboratório clínico ou de mecanismos que facilitassem o acesso da população a esses exames e só aqueles poucos que tinham possibilidades financeiras conseguiram realizar os testes em outros municípios. No segundo mês da intervenção o indicador melhorou depois que a secretaria de saúde contratou os serviços de um laboratório clínico para realização dos exames complementares. Portanto, essa ação ajudou no acesso de todos aqueles economicamente carentes, incluídos na intervenção, a fazerem os exames protocolados, bem como na melhoria do indicador. O total de 92,3% dos hipertensos realizaram exames complementares, os quais foram indicados no momento em que os usuários receberam a consulta de exame clínico. Foi muito interessante o jeito com que a população recebeu esta iniciativa da secretaria de saúde, no marco da intervenção ao tempo que ficou incorporada permanentemente na rotina de trabalho da UBS (Figura 6)

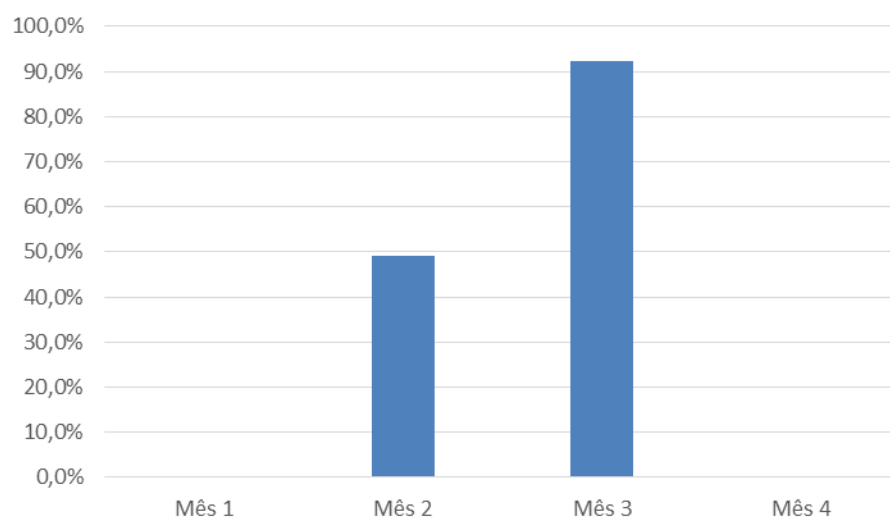


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular /hiperdia priorizada**

**OBJETIVO** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Quando começamos a intervenção dos 67 hipertensos cadastrados no registro de hiperdia da UBS os 67(100%) hipertensos registrados no programa de hiperdia tinham prescrição de medicamentos de farmácia popular de hiperdia, durante a intervenção este indicador teve uma evolução favorável, pois todos os hipertensos cadastrados ao longo do estudo, com necessidade de tratamento medicamentoso, receberam prescrição de anti-hipertensivos, beneficiando 248 (100%) usuários. No primeiro mês foram 116 (100%), no segundo 204 (100%) e totalizaram 248 (100%) no terceiro.

Desde o começo da intervenção, inclusive desde antes, os hipertensos cadastrados no programa de hiperdia 250 (100%), tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular de hiperdia, os quais estiveram disponibilizados o tempo todo, a ação que mais ajudou para atingir esse resultado foi o adequado registro e controle dos usuários através do cartão de hiperdia. Ademais, a indicação desses medicamentos esteve protocolada, pois todos os membros da equipe de

saúde conheciam o protocolo do programa de hiperdia referente à prescrição de medicamentos anti-hipertensivos (Figura 7).

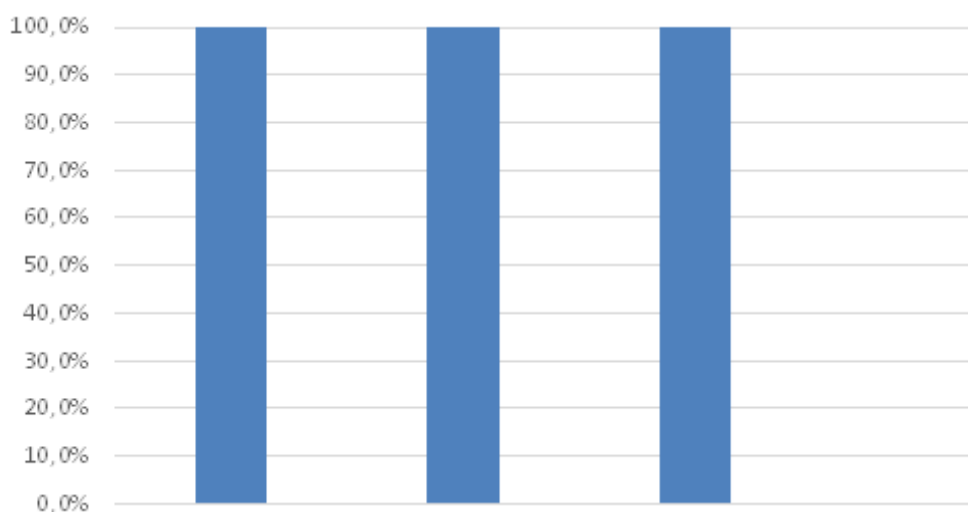


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular hiperdia priorizada. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /hiperdia priorizada**

OBJETIVO Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

META Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100%

Quando começamos a intervenção os 36 (100%) diabéticos cadastrados no registro de hiperdia da UBS, tinham necessidade de medicamentos da farmácia popular e prescrição de medicamentos de farmácia popular de hiperdia, durante a intervenção este indicador teve uma evolução favorável, pois todos os cadastrados ao longo do estudo 65(100%) receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular; No primeiro mês foram 45 (100%), no segundo 56 (100%) e no terceiro totalizaram 65 (100%).

Desde o começo da intervenção, inclusive desde antes, os diabéticos cadastrados no programa de hiperdia 250 (100%), tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular de hiperdia, os quais estiveram disponibilizados o tempo todo, o que mais ajudou na realização desta ação foi o adequado registro e o controle através do cartão de hiperdia, além da indicação desses medicamentos esteve padronizada, pois todos os participantes dessa atividade dentro da unidade

de saúde conheciam o protocolo do programa de hiperdia referente à prescrição de medicamentos hipoglicemiantes (Figura 8).

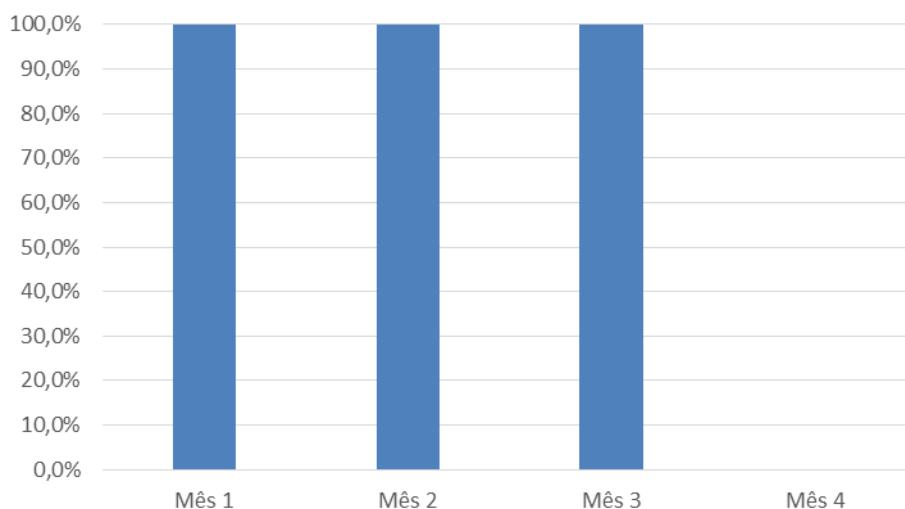


Figura 8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular hiperdia priorizada. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

**OBJETIVO** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Dos 67 usuários com diagnóstico de hipertensão, cadastrados previamente, para nenhum deles tinha-se realizado avaliação de necessidade de atendimento odontológico, porém, a partir do segundo mês da intervenção o número de hipertensos com avaliação de necessidades odontológicas aumentou progressivamente com 87 (38,5%) hipertensos avaliados, até o final da intervenção quando 222 usuários foram avaliados entre o total de 250 (88,8%). Não conseguimos atingir a meta pela carência de serviço odontológico no primeiro mês da intervenção.

No início nenhum hipertenso havia realizado a avaliação de necessidades de atendimento odontológico, pois a unidade de saúde carecia desse serviço, devido à ausência de cirurgião-dentista, recurso humano que só esteve disponibilizado no segundo mês da intervenção. A ação que mais ajudou a melhorar o indicador foi o começo das consultas odontológicas para avaliação de necessidades de

atendimento, no momento que a Secretaria de Saúde Municipal contratou dois profissionais. Desse momento em diante, o número de hipertensos avaliados aumentou progressivamente, melhorando o indicador e avaliando ao final do terceiro mês 222 (88,8%) usuários com diagnóstico de hipertensão, participantes na intervenção. Precisamos salientar que o serviço de odontologia foi iniciado no marco da intervenção, mas, hoje está incorporado na rotina de trabalho da UBS e tem sido estendido a outras patologias crônicas, além de se manter na avaliação de hipertensos que ainda não assistiram à consulta odontológica (Figura 9).

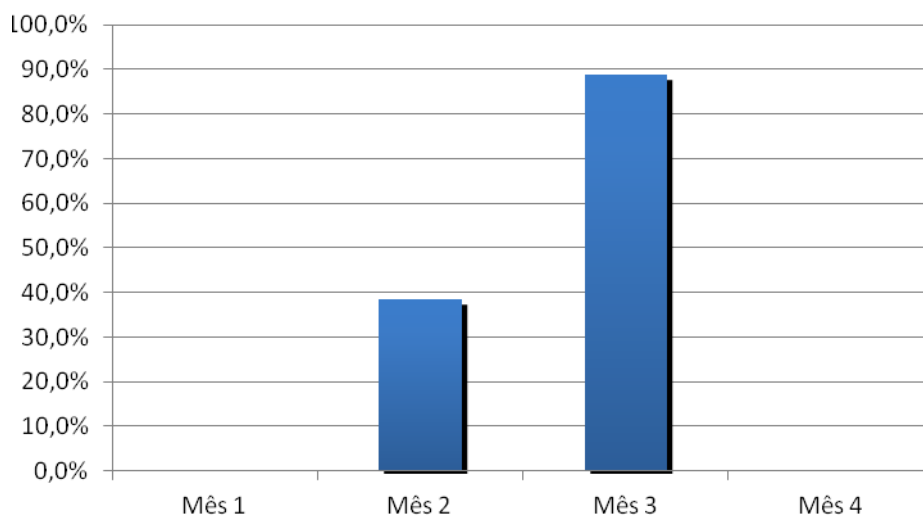


Figura 9 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico**

**OBJETIVO** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**META** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Dos 36 usuários com diagnóstico de diabetes cadastrados no registro da unidade, mas nenhum deles havia realizado avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Porém, a partir do segundo mês da intervenção o número de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, aumentou progressivamente de 28 (49,1%) diabéticos avaliados, até o final da intervenção quando 60 (92,3%) usuários cadastrados foram avaliados. Não

conseguimos atingir a meta pela carência de serviço odontológico no primeiro mês da intervenção.

No início nenhum diabético havia realizado a avaliação de necessidades de atendimento odontológico, pois a unidade de saúde carecia desse serviço, devido à ausência de cirurgião-dentista, recurso humano que só foi disponibilizado no segundo mês da intervenção. A abertura das consultas odontológicas para avaliação de necessidades de atendimento foi a ação que mais ajudou na recuperação do indicador, pois a partir daí, o número de hipertensos avaliados progrediu, melhorando o indicador e avaliando a 60 (92,3%) usuários com diagnóstico de Diabetes participantes na intervenção. O serviço odontológico, já está incorporado na rotina de trabalho da UBS e tem sido estendido a outras patologias crônicas, além de se manter na avaliação de diabéticos, que ainda não assistiram à consulta odontológica (Figura 10).

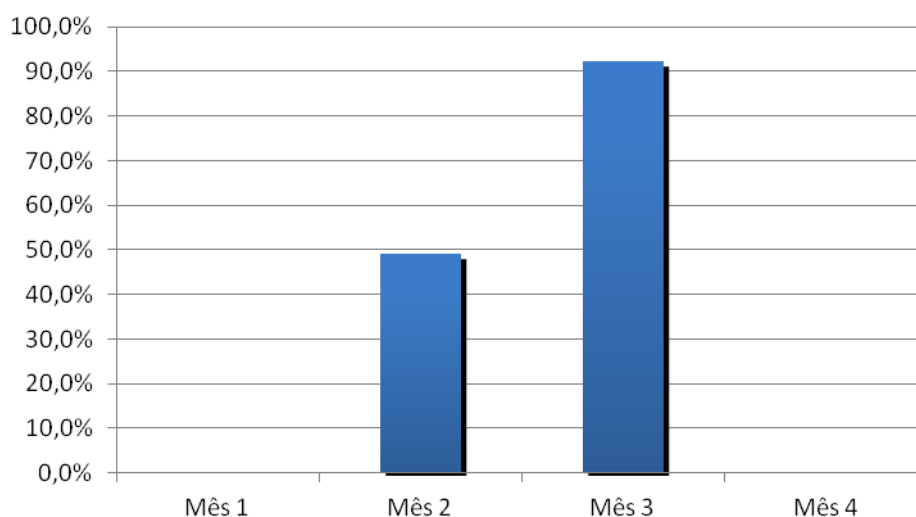


Figura 10 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa**

**OBJETIVO** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**META** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

O número de faltosos às consultas programáticas de hipertensos foi baixo, levando em consideração que no primeiro mês não tivemos faltas às consultas de hipertensos; no segundo mês tivemos 14 faltas às consultas, das quais tiveram busca ativa 13 (92,9%), um deles retornou espontaneamente à consulta; já no



terceiro mês aumentou o número de faltosos em relação ao incremento significativo das consultas, assim nessa etapa totalizaram 23 hipertensos faltosos às consultas, dos quais receberam busca ativa 23 (100%).

Quando iniciamos a intervenção focamos nosso trabalho na realização de consultas dos hipertensos que estavam cadastrados no registro do programa de hiperdia da UBS e com aqueles que embora soubéssemos que ainda não tinham se cadastrados na unidade, pois faziam as consultas fora do município. Desse modo conseguimos que o número de faltosos às consultas fosse mínimo. Assim os casos novos receberam a consulta logo após a confirmação do diagnóstico e ninguém retornou para casa com diagnóstico confirmado e sem primeira consulta. Além disso, para os casos identificados em busca ativa, a ação que mais ajudou foi a visita domiciliar da equipe e ACS, em que disponibilizamos a estratégia de não enviar os usuários, porém, acompanhá-los às consultas, focando reduzir o número de faltosos, assim durante a intervenção tivemos 23 (100%) faltosos que receberam busca ativa (figura 11).

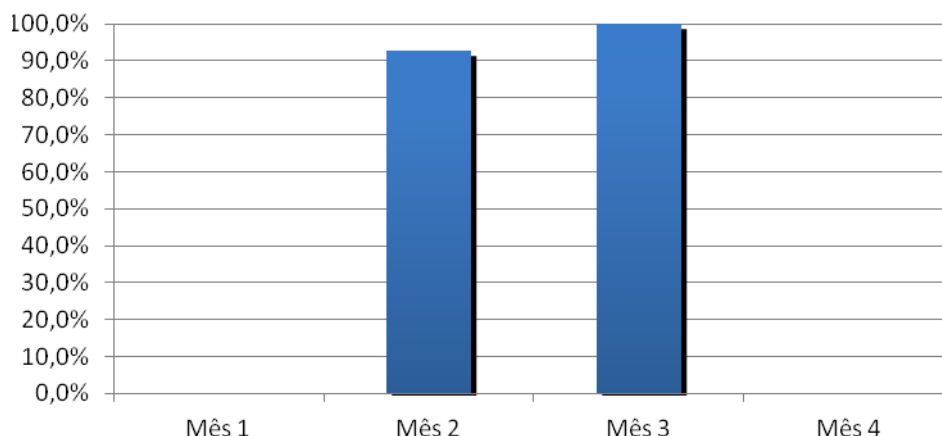


Figura 11 Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa**

OBJETIVO Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

META Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Desde o começo da intervenção o número de diabéticos faltosos à consulta foi baixo, levando em consideração que no primeiro mês não tivemos faltas às consultas de diabetes; no segundo mês tivemos 3 faltas às consultas das quais

tiveram busca ativa 3 (100%), já no terceiro mês o número de usuários que faltaram as consultas, totalizou 6 (100%) diabéticos com faltas os quais receberam busca ativa.

No início da intervenção focamos nosso trabalho na realização de consultas dos diabéticos que estavam cadastrados no registro do programa de hiperdia da UBS e com aqueles, que ainda não tinham sido cadastrados na unidade. Assim, garantimos a assistência às consultas. E a seguir, os casos novos receberam a consulta logo após a confirmação do diagnóstico, de modo que ninguém retornou para casa com diagnóstico confirmado sem primeira consulta realizada. Mas a ação que mais ajudou nos resultados do indicador foi, a conscientização nos casos identificados nas atividades de pesquisa, durante visitas domiciliares da equipe e ACS; Esses usuários não foram enviados à unidade, foram sim acompanhados às consultas, focando reduzir o número de faltosos, assim durante a intervenção tivemos 3 faltosos que receberam busca ativa (100%) (Figura 12).

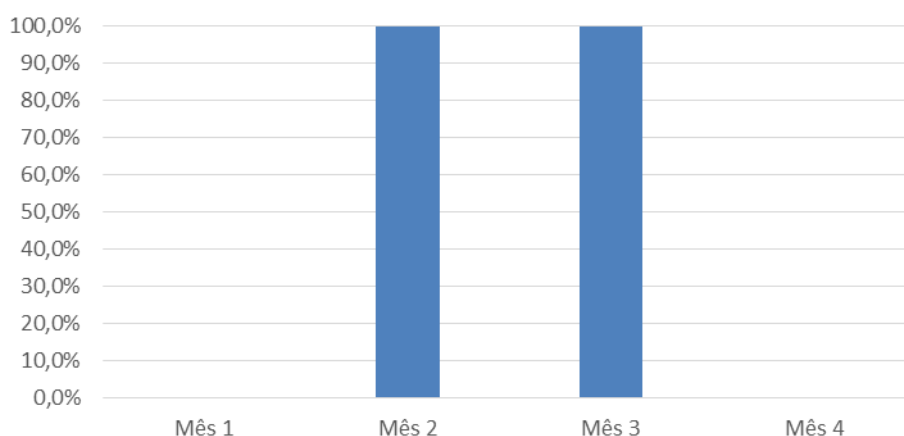


Figura 12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

OBJETIVO Melhorar o registro das informações.

META Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Desde o começo da intervenção todos os hipertensos cadastrados no registro de hiperdia receberam registro adequado de todas as ações recebidas nos prontuários. No primeiro mês da intervenção 116 hipertensos receberam registro

adequado nos seus prontuários de 123 (94,3%) cadastrados, no segundo mês 220 de 226 (97,3%) totalizando 250 (100%) dos hipertensos, que tiveram registro das ações desde a primeira consulta até o final da intervenção.

Todos os prontuários dos hipertensos cadastrados no registro de hiperdia da UBS foram revisados e os usuários enviados com prioridade às consultas disponibilizadas para hipertensão no marco da intervenção, onde todas as ações recebidas pelos usuários foram registradas nos prontuários. Também as ações realizadas com os hipertensos de recente diagnóstico procedentes das atividades de pesquisa e visitas domiciliares da equipe e os ACS ficaram registradas nos prontuários correspondentes desde a primeira consulta. Assim, os 250 (100%) hipertensos participantes na intervenção tiveram registro nos seus prontuários das ações realizadas. A coordenação das atividades de registro, encaminhamento priorizado de hipertensos às consultas com prontuário identificado, foram as ações que mais ajudaram nesse indicador (Figura 13)

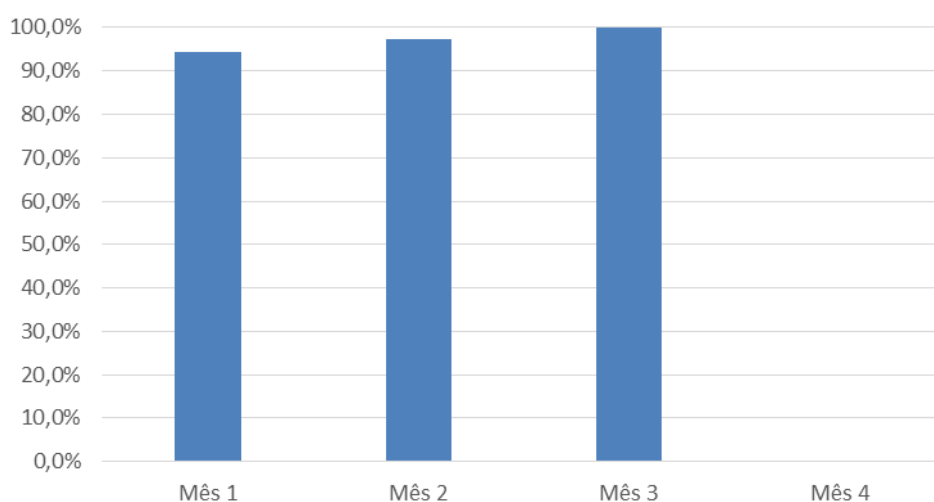


Figura 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento**

OBJETIVO Melhorar o registro das informações.

META Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Desde o começo da intervenção todos os diabéticos cadastrados no registro de hiperdia receberam registro adequado de todas as ações recebidas nos prontuários, no primeiro mês 45 (97,8%) dos usuários cadastrados receberam registro adequado nos prontuários, no segundo mês 57 (100%) e no terceiro, 65 (100%) diabéticos tiveram registro adequado das ações desde a primeira consulta.

Os prontuários dos usuários com diagnóstico de diabetes, cadastrados no registro de hiperdia da UBS foram revisados e enviados com prioridade às consultas disponibilizadas para diabetes no marco da intervenção, onde todas as ações recebidas pelos usuários foram registradas. Também as ações realizadas com os diabéticos de recente identificação procedentes das ações de pesquisa e visitas domiciliares da equipe e os ACS ficaram registradas nos prontuários correspondentes, desde a primeira consulta, assim, os 65 (100%) diabéticos participantes da intervenção tiveram registro nos seus prontuários das ações realizadas. A coordenação das atividades de registro, encaminhamento priorizado de diabéticos às consultas com prontuários identificados, resultaram as ações que mais ajudaram no sucesso desse indicador (Figura 14).

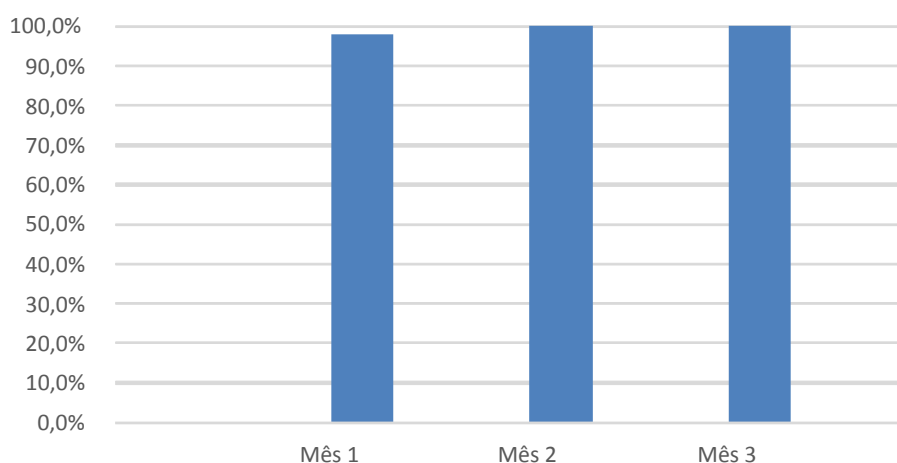


Figura 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

**OBJETIVO** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

META Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

A avaliação de risco teve atraso desde o início, levando em consideração que no primeiro mês da intervenção não realizamos ações de estratificação de risco cardiovascular; no segundo mês iniciamos a estratificação de risco atingindo um total de 82 (36,3%) hipertensos dos 226 cadastrados; até o final da intervenção realizamos 223 (89,2%) avaliações de risco do total de 250 portadores de hipertensão. Não conseguimos atingir a meta pela carência de serviço odontológico no primeiro mês da intervenção e também faltam usuários para realizarem exames complementares e avaliação odontológica, elementos imprescindíveis para uma correta estratificação de risco.

A estratificação de risco cardiovascular esteve atrasada no início e só começou no segundo mês, no terceiro mês intensificou-se o ritmo das atividades, quando 223 (89,2%) usuários com diagnóstico de hipertensão, foram avaliados, representando os cadastrados ao final da intervenção.

No primeiro mês da intervenção não conseguimos realizar ações de estratificação de risco cardiovascular pois, carecíamos exames complementares e cirurgião-dentista para a realização de avaliação de necessidades de atenção odontológica, já no segundo mês, esses problemas foram resolvidos pela Secretaria de Saúde. Assim, as integrações dessas ações ajudaram-nos a iniciar as avaliações de risco cardiovascular e aumentar o ritmo das atividades no terceiro mês finalizando a intervenção com 223 (89,2%) hipertensos com ações de estratificação de risco, salientando o número significativo de pessoas com alto nível de lipídios sanguíneos, obesidade, e deficiente atenção odontológica, que os colocam em médio e alto risco de sofrer doença cardiovascular. Um número reduzido de hipertensos ainda não conseguiu realizar exames complementares e/ou avaliação odontológica, porém essas ações continuarão como parte da rotina de trabalho da UBS, e com certeza tais usuários receberão as ações de estratificação de risco cardiovascular (Figura 15).

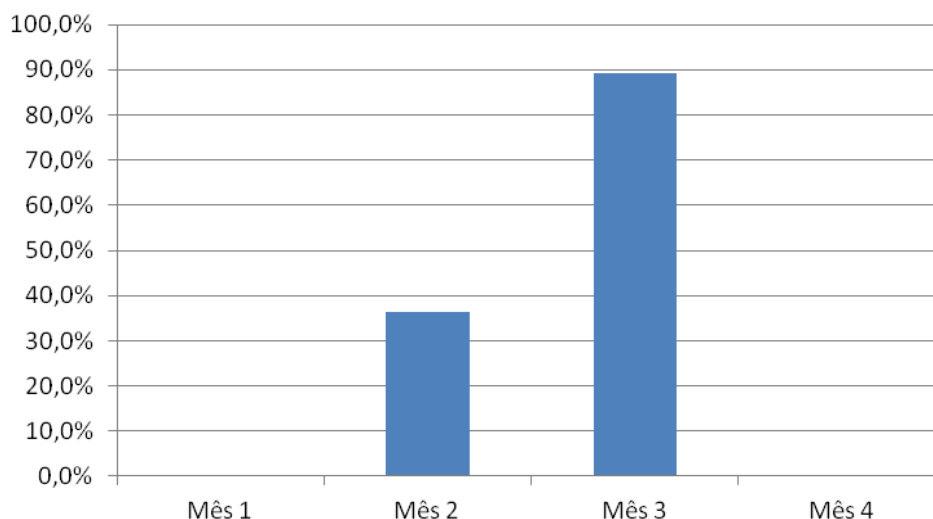


Figura 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia**

**OBJETIVO** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**META** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação de risco cardiovascular esteve atrasada no início e só começou no segundo mês quando 26 (45,6%) diabéticos receberam ações de estratificação de risco dos cadastrados. No terceiro mês aumentamos o ritmo das atividades, quando 60 (92,3%) dos 65 usuários com diagnóstico de diabetes, foram avaliados. Não conseguimos o cumprimento da meta, pois ainda faltam usuários por realizarem exames complementares e avaliação odontológica, elementos imprescindíveis para uma correta estratificação de risco.

No primeiro mês da intervenção não conseguimos realizar ações de estratificação de risco cardiovascular, pois carecíamos dos exames complementares e cirurgião-dentista para a realização de avaliação de necessidades de atenção odontológica. Já no segundo mês, esses problemas foram resolvidos pela Secretaria de Saúde, assim as integrações dessas atividades permitiram-nos realizar as primeiras avaliações de risco cardiovascular: 26 usuários (45,6%) e aumentar o ritmo das atividades no terceiro mês finalizando a intervenção com 60 (92,3%) diabéticos

com ações de estratificação de risco, salientando o número significativo de usuários com alto nível de lipídios sanguíneos, obesidade, e deficiente atenção odontológica que os colocam em médio e alto risco de sofrer doença cardiovascular. Ainda temos alguns diabéticos, que ainda não conseguiram realizar exames complementares e/ou avaliação odontológica, porém essas ações continuarão como parte da rotina de trabalho da UBS (Figura 16).

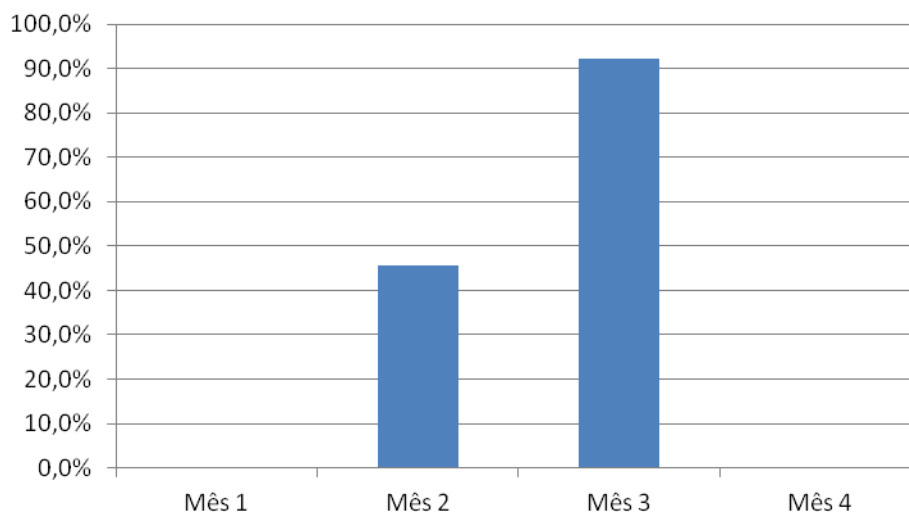


Figura 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

As ações relativas a esse objetivo apenas começaram no segundo mês da intervenção devido uma estratégia concertada pela equipe, priorizando fundamentalmente no rastreamento de usuários portadores de hipertensão e diabetes para serem incorporados na intervenção mediante visitas domiciliares e visitas a comunidades afastadas com difícil acesso, levando em consideração o baixo número de usuários nos registro da UBS,

**META** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Todos os hipertensos participantes na intervenção receberam orientação nutricional, embora esta ação não tenha começado desde o primeiro mês, os 250(100%) hipertensos, receberam orientação sobre os benefícios da alimentação

saudável, deles 108 (47,8) dos cadastrados no segundo mês e o restante no terceiro.

As ações que mais ajudaram nessa implementação foram as atividades de promoção de saúde, nas consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária, realizadas periodicamente nas comunidades (Figura 17).

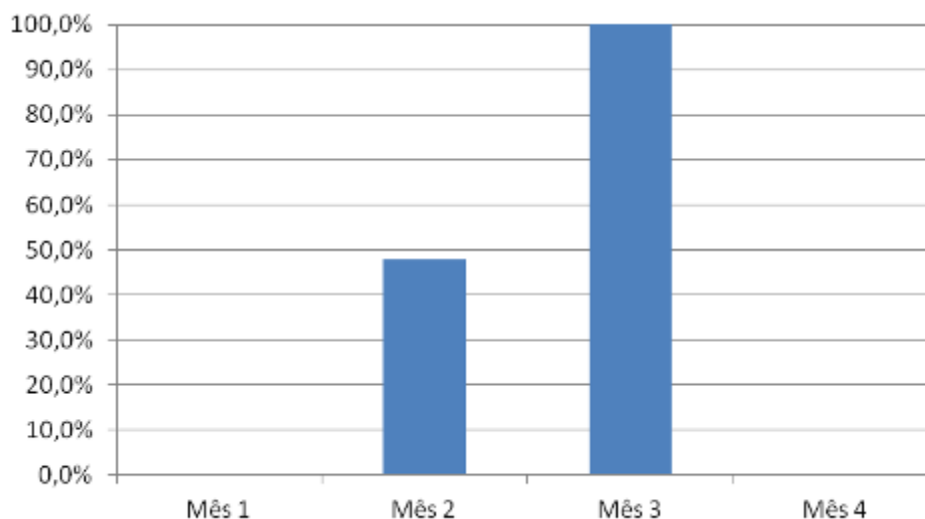


Figura 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável**

OBJETIVO Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

META Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Todos os usuários com diagnóstico de diabetes participantes da intervenção receberam orientação nutricional, embora essa ação não tenha iniciado desde o primeiro mês, os 65 (100%) diabéticos, receberam orientação sobre os benefícios da alimentação saudável, deles 32 (56,1%) dos cadastrados no segundo mês e o restante no terceiro mês.

Durante a intervenção os 65 (100%) diabéticos participantes receberam orientação sobre alimentação saudável. As ações que mais favoreceram a implementação foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades (Figura 18).



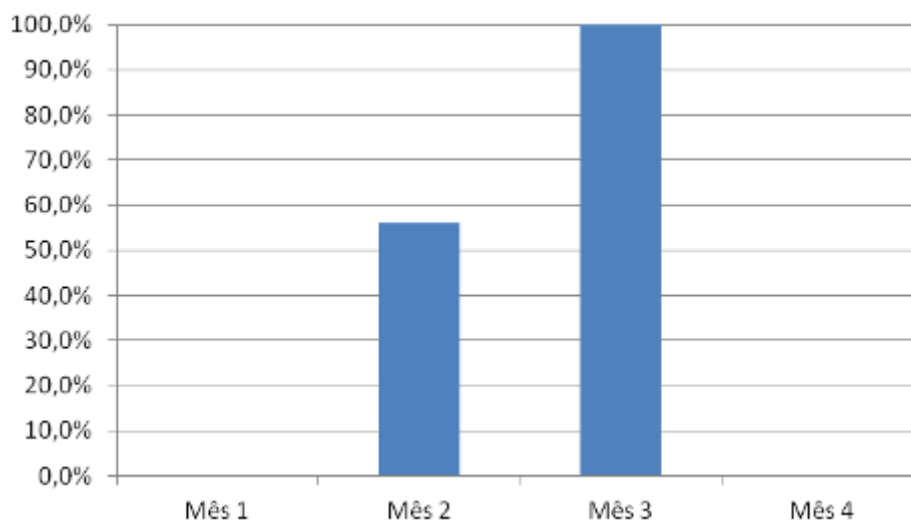


Figura 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos com orientação a prática de atividade física regular**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Todos os usuários com diagnóstico de hipertensão participantes na intervenção receberam orientação sobre prática de atividade física regular, embora esta ação não tenha começado desde o primeiro mês, os 250 (100%) hipertensos, receberam orientação sobre os benefícios da prática regular de atividade física, deles 109 (48,2%) dos cadastrados, segundo mês e os demais no terceiro mês.

Durante a intervenção 100% dos 250 hipertensos participantes receberam orientação sobre prática regular de atividade física. As ações que mais favoreceram a implementação foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades (Figura 19).

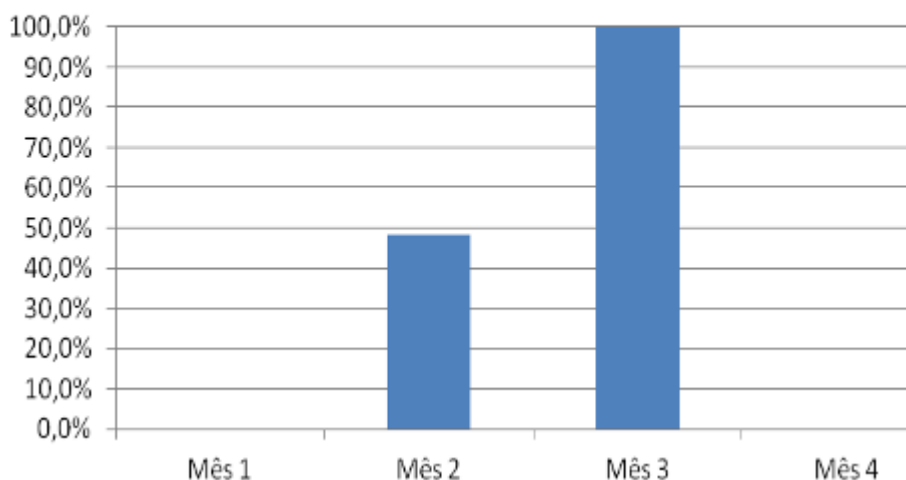


Figura 19. Proporção de hipertensos com orientação a prática de atividade física regular. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividades física regular**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Todos os usuários com diagnóstico de diabetes, participantes na intervenção, receberam orientação sobre prática de atividade física regular, embora essa ação tenha começado depois do primeiro mês, os 65 (100%) diabéticos, receberam orientação sobre os benefícios da prática de atividade física regular, deles 32 (56,1%) cadastrados, no segundo mês e os demais no terceiro mês.

Durante a intervenção os 65 (100%) diabéticos participantes receberam orientação sobre atividade física regular. As ações que mais favoreceram a implementação foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades (Figura 20).

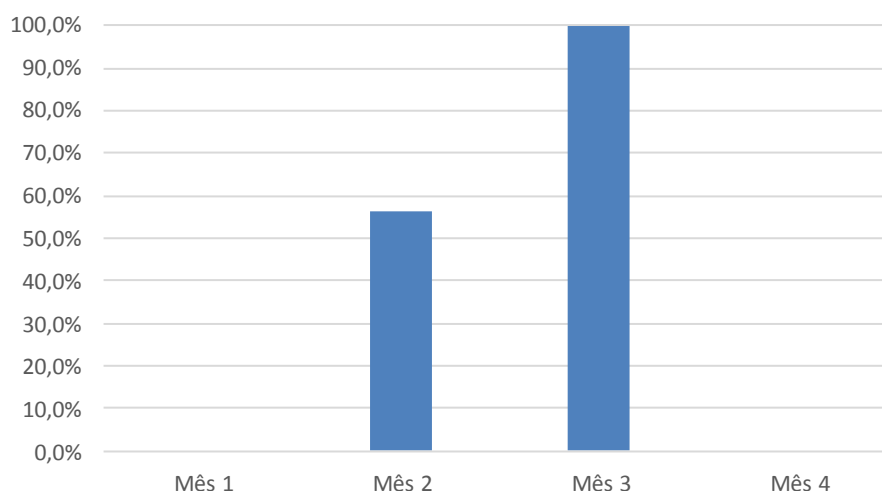


Figura 20. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Todos os usuários com diagnóstico de hipertensão participantes na intervenção receberam orientação sobre riscos de tabagismo, embora esta ação não tenha iniciado no primeiro mês, os 250 (100%) hipertensos, receberam orientação sobre risco de tabagismo para a saúde, deles 110 (48,7%) cadastrados no segundo mês e os outros no terceiro mês.

Durante a intervenção dos 250 (100%) hipertensos participantes receberam orientação sobre risco de tabagismo. As ações que mais favoreceram a implementação foram as consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades (Figura 21).

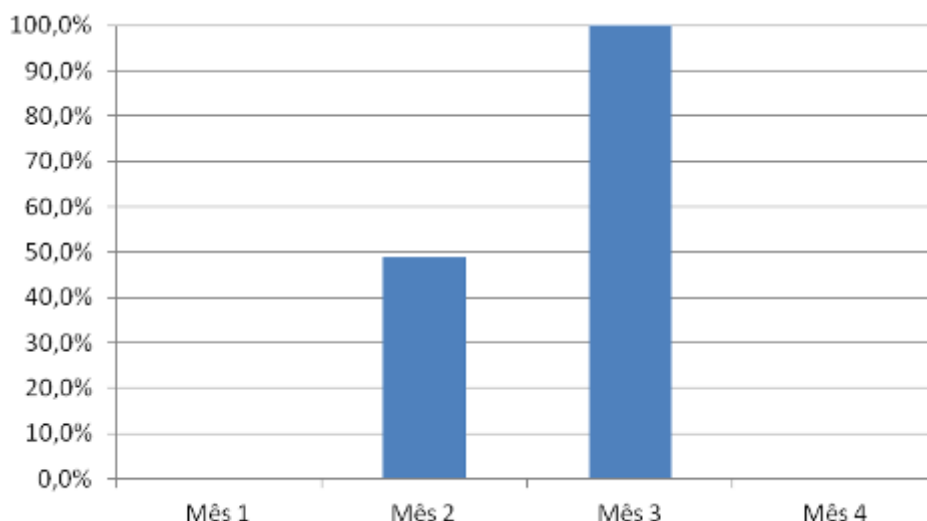


Figura 21. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Todos os usuários com diagnóstico de diabetes participantes na intervenção receberam orientação sobre risco de tabagismo, embora esta ação não tenha iniciado desde o primeiro mês, os 65 (100%) diabéticos, receberam orientação sobre risco de tabagismo, deles 32 (56,1%) cadastrados no segundo mês e os demais no terceiro mês.

Durante a intervenção dos 65 (100%) diabéticos participantes receberam orientação sobre risco de tabagismo. As ações que mais ajudaram a implementação foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades (Figura 22).

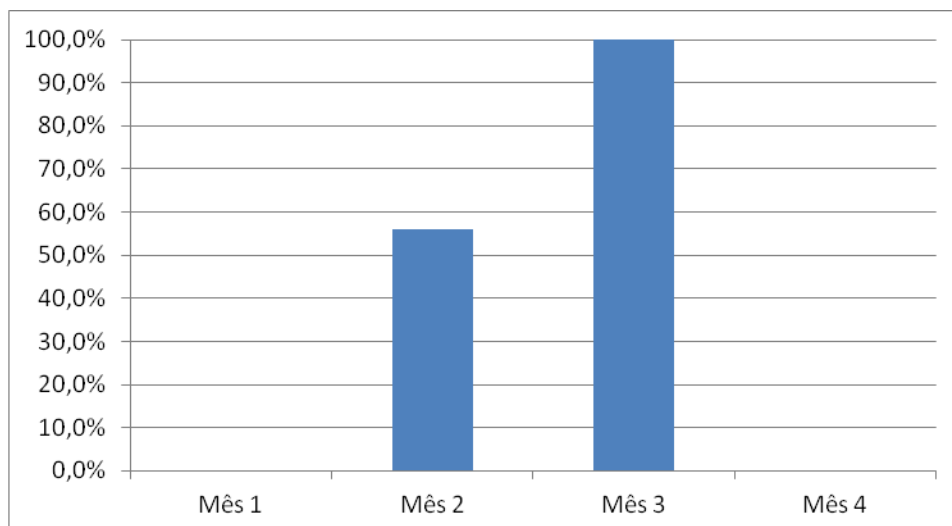


Figura 22. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Todos os usuários com diagnóstico de hipertensão participantes na intervenção receberam orientação sobre higiene bucal, embora esta ação tenha iniciado após o primeiro mês, os 250 (100%) hipertensos, receberam orientação sobre benefícios de uma adequada higiene bucal, deles 110 (48,7%) cadastrados no segundo mês e os demais no terceiro mês.

Durante a intervenção 250 (100%) hipertensos participantes receberam orientação sobre higiene bucal. As ações que mais favoreceram a implementação desta ação foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e odontológicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades, além as consultas odontológicas para a avaliação de necessidades de atendimento (Figura 23).

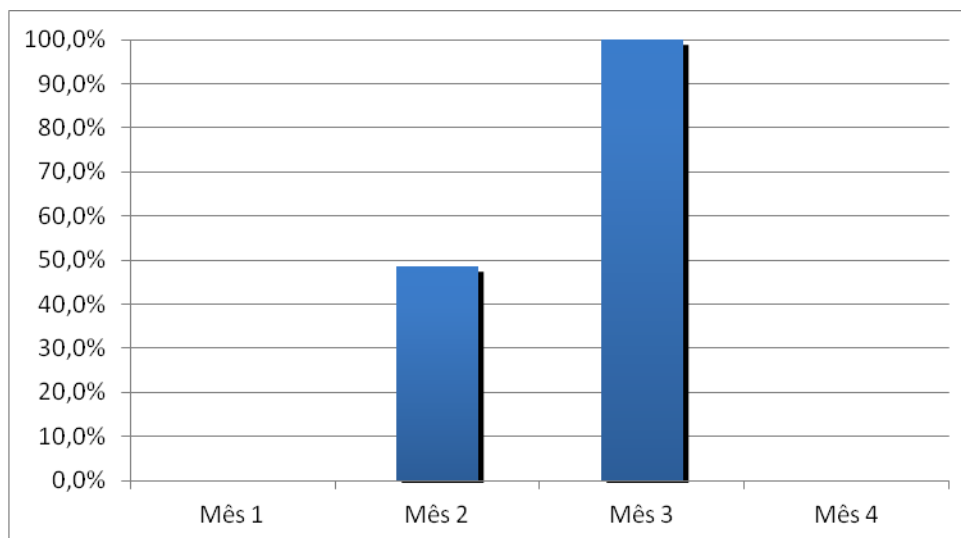


Figura 23. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

### **Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal**

**OBJETIVO** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**META** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Todos os usuários com diagnóstico de diabetes participantes na intervenção receberam orientação sobre higiene bucal, embora esta ação tenha iniciado após o primeiro mês os 65 (100%) diabéticos, receberam orientação sobre higiene bucal, deles 32 (56,1%) cadastrados no segundo mês e os demais no terceiro mês.

Durante a intervenção 65 (100%) diabéticos participantes receberam orientação sobre higiene bucal. As ações que mais favoreceram a implementação dessa ação, foram as atividades de promoção de saúde nas consultas médicas e odontológicas e as atividades educativas com participação comunitária desenvolvidas com periodicidade semanal nas comunidades, além das consultas odontológicas para a avaliação de necessidades de atendimento (Figura 24).

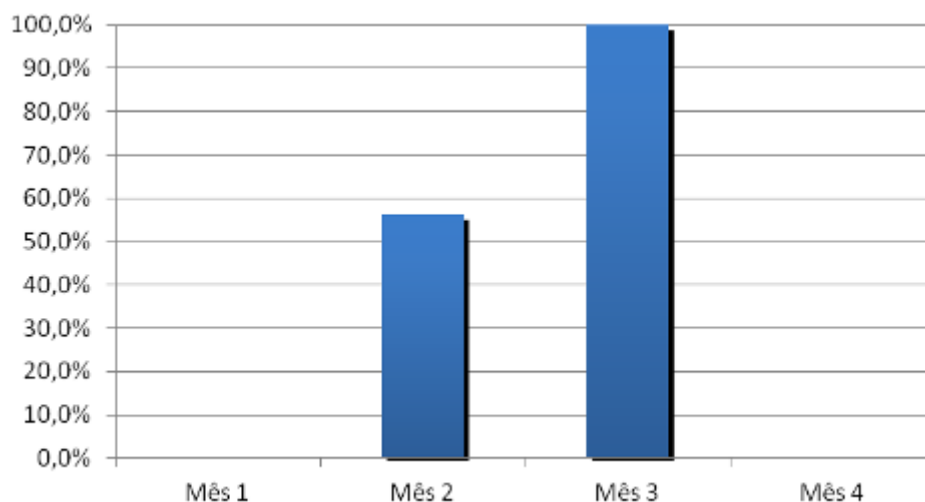


Figura 24. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

Fonte: Intervenção. Planilha de coleta de dados

## 4.2 Discussão

### Resumo do que alcançou com a intervenção

A intervenção na minha unidade básica de saúde teve impacto significativo na atenção à saúde da comunidade. Em primeiro lugar, facilitou a ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, pois muitos portadores destas doenças, ainda não recebiam atendimento de acordo com as recomendações disponibilizadas pelo ministério da saúde, pois muitos deles ainda não tinham sido diagnosticados, outros com diagnósticos confirmados recebiam atenção em outros municípios ou infelizmente não recebiam atendimento regular. A recepção dos usuários também teve mudanças qualitativas relativas à melhoria no registro, agendamento de consultas e encaminhamento priorizado dos usuários às consultas disponibilizadas para o atendimento destas doenças, além de constituir uma ponte de comunicação muito importante no primeiro contato com os usuários.

As consultas disponibilizadas para o atendimento priorizado de hipertensos melhoraram a organização das atividades da unidade e a atenção a esse grupo da população, além de facilitar a atenção à demanda espontânea.

Cabe destacar que além de aumentar o número de usuários com registro, também melhoramos a qualidade desses registros, incorporando elementos que antes não estavam incluídos nas fichas de acompanhamento e que não somente eram úteis para a intervenção, mas, também para o acompanhamento integral dos

usuários na rotina da Unidade Básica de Saúde(UBS). Ademais, otimizou-se o registro das ações nos prontuários facilitando o processo de acompanhamento. Pela primeira vez os usuários tiveram garantido o acesso de forma massiva e gratuita aos exames laboratoriais, assim a grande maioria dos incluídos conseguiram realiza-los; um número significativo de usuários foi avaliado para determinar necessidades de atendimento odontológico, facilitando o atendimento e promoção à saúde bucal. As visitas domiciliares pela equipe de saúde e os Agentes Comunitários de Saúde(ACS) chegaram a todas as casas da área adstrita durante a busca ativa de hipertensos e diabéticos e da busca de faltosos às consultas programáticas; através da estratificação de risco de doença cardiovascular conseguimos priorizar e personalizar a atenção aos hipertensos e diabéticos, identificando ou confirmando dano nos órgãos-alvo, particularizar planos terapêuticos e aprimorar os processos de prevenção , particular relevância tiveram as ações de promoção de saúde em consultas e atividades de participação da comunidade, que proporcionaram uma ferramenta inestimável no incremento do nível de educação para a saúde, da população da área adstrita.

#### Importância da intervenção para a equipe

Embora a equipe de saúde acompanhasse os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade antes do começo da intervenção, sem dúvida, esse acompanhamento estava longe de frisar as recomendações feitas pelo Ministério da Saúde.

Foram as atividades de capacitação implementadas ao longo da intervenção que conseguiram conscientizar a maioria da equipe elevando o nível de preparo de cada um dos membros, em relação ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Esta atividade facilitou a organização do trabalho da equipe viabilizando a integração de todos os membros, mas, com atribuições bem definidas no âmbito da intervenção e da rotina da UBS, assim cada membro da equipe ficou responsável pela condução de determinada atividade.

Desse modo, ficaram correspondendo à técnica de enfermagem as atividades de recepção, triagem, organização e arquivo de prontuários e registro dos usuários, além do agendamento de consultas e encaminhamento de usuários de acordo com a estratificação de risco. A enfermeira da equipe ficou responsável pelo monitoramento das ações de registro e atualização de fichas-espelho, realização de



hemoglicotestes durante as atividades, planejamento e organização de atividades de promoção de saúde, planejamento e coordenação das atividades de busca de faltosos pelos ACS.

O cirurgião-dentista, por sua vez, esteve encarregado da realização das avaliações de necessidades de atendimento, organização e realização das ações de promoção de saúde bucal e o médico da equipe coordenou as ações de integração, consultas médicas programáticas, consultas de estratificação de risco de doença cardiovascular, planejamento, organização e realização das ações de capacitação e reuniões semanais da equipe.

Os ACS também tiveram papel muito importante, já que a responsabilidade de efetivar a pesquisa de novos casos suspeitos de diabetes e hipertensão, visitas domiciliares para busca de usuários faltosos às consultas agendadas e realização de ações de promoção de saúde na comunidade, ficaram a cargo deles.

Com certeza antes da intervenção todas as atividades da atenção à hipertensão e diabetes eram realizadas quase exclusivamente pelo médico, porém, o melhor conhecimento do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos a partir da capacitação, teve um impacto positivo no planejamento, organização e tomada de decisões das atividades da equipe e em geral da UBS. Permitiu o deslocamento das ações, possibilitando o atendimento simultâneo de um número maior de usuários. A intervenção elevou o sentido de trabalho em equipe ao tempo que desenvolveu a capacidade de interagir com a comunidade na busca conjunta de soluções.

#### Importância da intervenção para o serviço

A intervenção representou um ponto de referência para a otimização do serviço. Em primeiro lugar facilitou a ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, pois a grande maioria dos portadores destas doenças, ainda não recebiam atendimento programático. No caso da recepção dos usuários também houve mudanças qualitativas, relativas à melhoria no agendamento e encaminhamento priorizado dos usuários às consultas disponibilizadas para estas doenças.

As consultas disponibilizadas para o atendimento priorizado de hipertensos e diabéticos são um exemplo de organização eficiente dos serviços da unidade, pois foram realizados em horários específicos que não afetaram significativamente as outras consultas, incluindo a atenção à demanda espontânea.

Cabe destacar que além de aumentar o número de usuários registrados, também melhoramos a qualidade deles, incorporando elementos que antes não estavam incluídos nas fichas de acompanhamento e que não somente eram úteis para a intervenção, mas, também para o acompanhamento integral dos usuários na rotina da UBS, ademais, que se otimizou o registro das ações nos prontuários facilitando o processo de acompanhamento.

Os usuários tiveram garantido o acesso de forma massiva e gratuita a exames laboratoriais, como parte dos serviços integrados na UBS, a grande maioria dos incluídos conseguiram-se realizar os exames, a intervenção propiciou a abertura do serviço odontológico facilitando o atendimento e promoção à saúde bucal, atividades tais como; visitas domiciliares pela equipe de saúde e os ACS foram organizadas e sistematizadas como mecanismo de pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos sendo extensivas a outras doenças crônicas, assim como a busca de faltosos a consultas programáticas, a estratificação de risco de doença cardiovascular além de facilitar o processo de priorização da atenção a hipertensos e diabéticos, também permitiu identificar ou confirmar dano nos órgãos alvo, particularizar os planos terapêuticos e aprimorar os processos de prevenção secundária e terciária, particular relevância tiveram as ações de promoção de saúde em consultas e atividades de participação da comunidade, contribuíram a acrescentar o nível de educação sanitária da população da área adstrita.

Importância da intervenção para a comunidade.

A intervenção foi muito bem sucedida no modo como foi percebida pela população, gerando um impacto positivo nos membros da comunidade, especialmente entre os hipertensos e diabéticos. Os usuários mostraram satisfação com as mudanças realizadas na organização do atendimento dos portadores destas doenças e otimizou-se a atenção da demanda espontânea.

As maiores dificuldades estiveram relacionadas com as consultas priorizadas para esses usuários, mas só no começo já que as consultas foram ajustadas para horários e dias específicos não coincidentes com horários de grande fluxo de demanda espontânea e não coincidente com os horários de outras consultas programáticas. Assim, a comunidade tem estado muito satisfeita pela qualidade das ações recebidas durante a intervenção levando em conta que muitas destas ações, tais como exame clínico integral, exames complementares, estratificação de risco de doença cardiovascular e avaliação de necessidade de

atendimento odontológico, foram realizadas apenas no marco da intervenção, mais também ficaram integradas na rotina de trabalho da UBS, melhorando a qualidade da atenção a outras doenças crônicas não transmissíveis. Outros elementos muito valorizados pela comunidade são as ações de promoção de saúde que elevaram o nível de conhecimento sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, risco de tabagismo e saúde bucal. Então, a intervenção tem sido percebida pela comunidade como um acontecimento que trouxe mudanças positivas na qualidade atenção integral à saúde, que serão mantidas além da intervenção, além de melhorar o conhecimento do estado de saúde individual e coletivo dos hipertensos, diabéticos e população em geral, que poderão ser extensivos a outras doenças.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Caso tivesse de começar a intervenção neste momento, faria algumas mudanças no modo de realizar o trabalho; em primeiro lugar teria começado a capacitação da equipe desde a etapa de análise situacional, pois esta ação teria possibilitado determinar as atribuições de cada um deles melhorando a integração no trabalho desde o início, acrescentando a eficiência durante as diferentes etapas da intervenção.

Também teria adiantado o trabalho de divulgação dentro da comunidade, incluindo escolas, igrejas, líderes formais e informais, comunicando o conteúdo da intervenção e os principais objetivos, as mudanças mais significativas a serem feitas no serviço e, principalmente, a priorização de consultas, que com certeza foi a ação que mais contradição trouxe para o trabalho, no começo da intervenção. Ao mesmo tempo estimularia a integração da equipe e da comunidade para concertar soluções que facilitaram o acesso a consultas médicas, odontológicas e outros serviços, diminuindo o número de faltosos a estas atividades; facilitando a articulação de todas as partes para a realização de ações, coletivas de promoção de saúde, além de promover a intervenção como catalizador das mudanças necessárias na melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos e atenção integral à saúde da comunidade.

Também teria negociado com o gestor a necessidade de garantir os recursos técnicos e humanos (laboratório clínico, eletrocardiografia e serviço odontológico), necessários para uma correta avaliação da saúde de hipertensos e diabéticos; resolveria tudo antes do começo da intervenção, facilitando o

planejamento das ações. Com essas mudanças seria mais factível implementar o trabalho.

Viabilidade de incorporar sua intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na ação programática

A intervenção será incorporada na rotina do serviço, se isso não acontecesse não poderíamos falar de sucesso. Muitas foram as mudanças positivas realizadas ao longo da intervenção que tiveram um impacto positivo na qualidade da atenção a portadores hipertensão e diabetes e seria um grande erro ficarem fora rotina de trabalho da UBS.

Em primeiro lugar, as ações de registro serão mantidas do mesmo modo que foram implementadas durante a intervenção, garantindo a recepção e cadastramento imediato usuários com diagnóstico confirmado de hipertensão e diabetes e disponibilizando o agendamento de consultas priorizadas.

Também serão incorporados elementos que faltaram durante a intervenção afetando a sistematização da coleta de dados e os indicadores. O atendimento programático a hipertensos e diabéticos será estendido a portadores de outras doenças crônicas não transmissíveis, de forma similar acontecerá com a priorização das consultas de atendimentos, organizadas segundo a estratificação de risco, mas, ajustadas previamente com a comunidade.

As atividades de participação comunitária ficarão como espaço de intercâmbio de ideias e soluções dos problemas de saúde coletiva, focando na promoção de saúde, prevenção de fatores de risco e prevenção de riscos.

A estratificação de risco será implementada como estratégia de trabalho no programa de atenção ao pré-natal e doenças não transmissíveis. Outra ação que terá um espaço na rotina de trabalho do serviço pela influência que tem sobre a qualidade da atenção é a capacitação sistemática dos integrantes da equipe. Esta será focada em rastreamento, diagnóstico, indicação de exames complementares, tratamento de doenças crônicas, assim como em atividades de prevenção e promoção de saúde individual e coletiva. Sem dúvida estas ações terão um impacto favorecedor na qualidade da atenção à saúde da comunidade.

- Quais os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço

Nos próximos meses quando teremos disponíveis ACSs para as demais micro-áreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos. Ademais, continuaremos com as ações de busca ativa de hipertensos e

diabéticos mediante consultas domiciliares da equipe e dos ACS, levando em consideração que nem todos os usuários potencialmente portadores destas doenças têm recebido ações, ampliando a cobertura destes usuários.

Por fim, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos estendê-lo a outras doenças crônicas não transmissíveis, através das ações de melhoria da qualidade da atenção à saúde, incluindo implementar o programa de atenção ao pré-natal e incorporar outros aspectos na promoção a saúde tais como o controle de peso corporal e alcoolismo.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

No marco das atividades do curso de especialização em saúde de família, a nossa equipe desenhou um projeto de intervenção focado na melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da área adstrita.

Para tal, seis objetivos foram incluídos: cobertura, qualidade, adesão, registro, estratificação de risco de doenças cardiovasculares e promoção de saúde. Para atingi-los foram traçadas metas que tiveram diferentes níveis de cumprimento, mas o balanço final resultou em um aumento considerável da cobertura, visto que da população de hipertensos estimada antes da intervenção (380 usuários) destes, 250 participaram da intervenção correspondendo a uma cobertura de 65,7%. Da mesma forma, da população de diabéticos estimada antes da intervenção (94 usuários) destes, 65 participaram da intervenção correspondendo a uma cobertura de 69,1%.

Além disso, a intervenção resultou na melhoria significativa na qualidade da atenção de usuários portadores destas doenças, um maior nível de capacitação da equipe de saúde e uma melhoria considerável do nível de educação sanitária dos participantes, mas também da comunidade.

Cabe salientar que todas as ações planejadas foram desenvolvidas, entretanto superamos diversos obstáculos. Ainda assim, o avanço da intervenção foi bem sucedido; as ações das metas de cobertura tiveram um cumprimento parcial, mas foi possível identificar muitos usuários com hipertensão e diabetes, porém nem todas essas pessoas puderam ser examinadas.

Para conseguirmos atingir as metas de qualidade, todos os usuários incluídos nos registros de hipertensão e diabetes, receberam consultas para a realização de exames clínicos, assim como a indicação de exames complementares e tratamento adequado. As realizações dos exames complementares constituíram o

maior obstáculo a ser enfrentado durante a intervenção, e somente começamos a cumprir essa ação na quinta semana.

Também tivemos cumprimento parcial das ações das metas de avaliação de necessidade de atendimento odontológico que foi afetado pela ausência de cirurgião–dentista na UBS até a quarta semana da intervenção. Porém não conseguimos atingir a meta de 100% de usuários avaliados. Assim, as ações relativas às metas de adesão foram realizadas sem maiores dificuldades, pois o número de ausências às consultas médicas planejadas foi mínimo e os faltosos receberam visitas de busca ativa dos ACS ou da equipe. Ademais, uma consulta em função do atendimento à demanda espontânea foi disponibilizada; outra estratégia que acrescentou à adesão às consultas programáticas, utilizada pela equipe e ACS, foi o acompanhamento dos usuários às consultas, de forma organizada.

Também foi satisfatório o trabalho feito para desenvolver as ações relativas às metas de registro, pois foram revisados todos os prontuários em busca de hipertensos ou diabéticos. Todos os casos recém-diagnosticados foram incluídos nos registros da intervenção, ademais as ações desenvolvidas foram registradas nos prontuários. O cumprimento das ações das metas de estratificação de risco sofreu atrasos significativos pelas dificuldades vindas da falta de exames complementares e avaliação odontológica. Com relação às ações de promoção de saúde, conseguimos atingir 100% de cumprimento das metas propostas.

A partir da intervenção muitas atividades foram reorganizadas e continuarão fazendo parte da programação habitual da UBS. Sobre as ações das metas de cobertura, um número significativo de usuários foi incluído na intervenção, depois de serem diagnosticados com hipertensão ou diabetes e outros começaram a assistir com regularidade às consultas programáticas. Em relação às ações das metas de registro, todos os prontuários foram revisados com o propósito de identificar portadores de hipertensão e diabetes e também outras doenças crônicas, não transmissíveis; encaminhando os usuários com prioridade no atendimento às consultas correspondentes. Então, essas atividades agora fazem parte das atividades rotineiras da UBS. Relativas às ações das metas de qualidade, a consulta médica programática ficou incorporada em função de obter maior integralidade com mudanças qualitativas no conteúdo. Esse estilo de trabalho tem sido incorporado na programação da UBS para todas as doenças crônicas não transmissíveis. Com

relação às ações da meta de promoção de saúde, as atividades educativas de prevenção de risco e promoção de saúde também ficaram na metodologia de trabalho das visitas domiciliares, nas consultas médicas, assim como em atividades coletivas com participação ativa da comunidade. As ações de capacitação da equipe também permanecerão no programa de trabalho da UBS. A intervenção também resultou em uma experiência muito positiva, em termos de participação ativa da comunidade.

Resulta estimulante os ganhos para a gestão em termo de redução das despesas relacionadas a internamentos hospitalares, remoções para hospitais, tratamentos de reabilitação e assistência especializada, também fora do município; apenas com investimentos mínimos destinados a melhorar a qualidade da atenção a portadores destas doenças.

Levando em consideração o desenvolvimento satisfatório das ações planejadas na intervenção e a possibilidade de que muitas delas fiquem incorporadas na rotina de trabalho da UBS, frisando melhorar a qualidade da atenção não apenas à hipertensão e diabetes, mas também a outras doenças crônicas não transmissíveis precisamos fazer algumas recomendações aos gestores que com certeza contribuíram com esse objetivo, no primeiro lugar providenciar a documentação necessária para o registro adequado e acompanhamento dos portadores de doenças crônicas.

É preciso incorporar os recursos humanos necessários, ademais é impostergável a incorporação de meios diagnósticos completos tais como, laboratório clínico, ultrassonografia, radiografias e eletrocardiografia. Também seria recomendável aprimorar o planejamento da capacitação dos recursos humanos incluindo, os ACS, com relação ao acompanhamento destas doenças. Por fim, estimular o nível de incorporação da comunidade às atividades de promoção de saúde e prevenção de fatores de risco. Embora estas recomendações não representem todas as mudanças a serem realizadas na UBS, com certeza contribuirão a uma melhoria ostensível da qualidade da atenção à saúde da população da área adstrita da UBS.



## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Nossa equipe realizou um trabalho na UBS (Unidade Básica de Saúde) destinado a melhorar o atendimento de usuários que sofrem de hipertensão arterial (Pressão alta) e diabetes (Açúcar alto no sangue). Para desenvolver esta atividade as ações estiveram focadas em incorporar o maior número possível de hipertensos e diabéticos ao acompanhamento regular pela equipe de saúde. Durante doze semanas trabalhamos aplicando mudanças na organização da consulta médica, visitas domiciliares, priorização do atendimento, levando em conta a ocorrência de fatores de risco e presença de doenças do coração. Além disso, houve reordenamento na hora de registrar os dados obtidos durante as consultas médicas nos prontuários (fichas), assim como no momento do cadastro dos usuários identificados com essas doenças.

Foi planejado, também, um maior número de atividades educativas focadas em elevar o conhecimento da população, a fim de melhorar a qualidade da alimentação, evitar o tabagismo, acrescentar a atividade física na rotina e os benefícios de uma boa saúde bucal. Vale ressaltar que a equipe aumentou os conhecimentos sobre estas doenças para aperfeiçoar o acompanhamento dos usuários que sofrem de hipertensão e diabetes.

Durante uma conversa com três membros representativos da comunidade, dois deles participantes da intervenção, explicamos como foi aumentado o número de usuários com pressão alta (250) e diabetes (65) com acompanhamento, mediante a busca ativa destes usuários, muitos dos quais conheciam sofrer destas doenças, mas não recebiam acompanhamento regular e outros que ainda estavam sem diagnóstico foram identificados, confirmados e incorporados ao programa. Desse diálogo, resultou um interessante parecer favorável, sobre a quantidade de usuários incorporados. Além disso, essas três pessoas receberam informações sobre as

ações incorporadas para melhorar a qualidade do atendimento, relativas à realização de exames clínicos, exames complementares e atendimento odontológico; Neste momento um deles manifestou-se com dúvidas sobre a prioridade recebida pelos usuários nas consultas de hipertensão e diabetes, mas ficou satisfeito depois de receber explicação da não concorrência dessas consultas com os atendimentos de urgências e consultas de outros programas, além do funcionamento de uma consulta específica para usuários portadores de doenças agudas, a qual foi implementada para dar resposta às insatisfações da comunidade pela espera prolongada resultante o atendimento priorizado. Conversamos, ainda, sobre a importância dessa estratégia para evitar as ausências às consultas médicas e odontológicas, ademais explicamos que todos os faltosos receberam visitas da equipe ou Agentes Comunitários de Saúde(ACS).

O registro dos hipertensos foi feito no momento de confirmação do diagnóstico ou no momento de identificação de usuários que embora soubessem que sofriam dessas doenças, não estavam incorporados às consultas de acompanhamento regular. Ademais, dessa explicação os representantes da comunidade visualizaram que todas as ações aplicadas durante as consultas e visitas domiciliares ficaram registradas nos prontuários e disponibilizadas caso fosse necessária uma segunda opinião. Eles valorizaram positivamente a regularização dessa atividade. Quando conversamos sobre utilidade da divisão dos usuários segundo a presença de fatores de risco ou que sofriam de outras doenças do coração, para dar prioridade no atendimento daqueles com maior risco de complicações graves, então ficaram ainda mais convencidos dos benefícios dessa estratégia. Explicamos a importância do desenvolvimento das ações educativas, a participação organizada da população, integrando-se ativamente, interagindo com os membros da equipe e líderes comunitários para buscar soluções, melhorar o conhecimento sobre como se alimentar melhor, evitar o hábito de fumar, bem como estimular a prática diária de exercícios físicos.

Assim, pedimos para eles participarem como facilitadores dentro da comunidade para estimular a participação da população na busca de soluções para melhorar a atenção das necessidades de saúde. Eles sentiram-se estimulados com esse estilo de trabalho incorporado com a intervenção e ainda pediram que fosse estendido a todas as doenças crônicas. Manifestaram-se muito satisfeitos pela possibilidade de em um futuro próximo, a UBS tenha incorporado na sua estrutura

os exames complementares, para que melhore a capacidade da equipe em confirmar os diagnósticos destas doenças. Ademais, solicitaram a abertura de outros serviços que também possam melhorar a atenção à população tais como, psicologia, fisioterapia e nutrição.

Por fim, todos concordaram que apesar das dificuldades, a intervenção teve um resultado satisfatório, pelas mudanças realizadas em benefício da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos e que podemos aplicar o modelo de intervenção a outras doenças, além da importância da participação efetiva da comunidade na busca de soluções para melhorar a qualidade da atenção a suas necessidades de saúde.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Comecei o curso com muitas expectativas pensando que nele teria resposta às minhas necessidades de aprendizagens em relação ao sistema de saúde brasileiro, em especial na atenção básica baseada na Estratégia de Saúde da Família(ESF), os problemas de saúde mais importantes decorrentes das diferenças socioeconômicas do país, como estava sendo implementada e as particularidades de cada região, levando em conta as diferenças de desenvolvimento socioeconômico.

Durante o desenvolvimento de nosso trabalho no curso, incorporamos os elementos imprescindíveis para ter uma dimensão ampla do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação; à medida que avançamos e incorporamos as ferramentas disponibilizadas, incorporamos os conhecimentos que procurávamos no início, o que resultou do espaço de debate aberto dos participantes nos fóruns, permitindo o intercâmbio de ideias e esclarecimento de dúvidas, que no balanço final sempre tiveram saldo positivo no processo de integração de novos conhecimentos e experiências enriquecedoras.

Assim destaco uma parte muito importante, a prática clínica, que forneceu materiais atualizados sobre os principais agravos e problemas de saúde pública que afetam à população brasileira, incluindo conceitos vitais que facilitam a tomada de decisões do profissional da saúde durante diferentes situações a serem enfrentadas na prática clínica cotidiana. Importante salientar também a experiência gratificante que resultou da intervenção em termos de aprendizagem de trabalho em equipe, ao tempo que aperfeiçoamos as nossas habilidades para o trabalho interativo com a comunidade e incluímos a promoção e prevenção de saúde como ferramentas indispensáveis para o trabalho focado na saúde coletiva. Além disso, não é possível falar do processo de aprendizagem ao longo do trabalho do curso sem mencionar o

trabalho do orientador no processo de acompanhamento durante este período, pois além do acompanhamento pedagógico, facilitaram a compreensão dos materiais disponibilizados, melhoraram o conhecimento da língua portuguesa, em especial a linguagem técnica e estimularam o cumprimento das atividades através das orientações sistemáticas. Assim considero que os resultados do curso estiveram além das minhas expectativas iniciais.

O curso sem dúvidas tem tido um impacto positivo na minha prática profissional, pois em primeiro lugar melhorou significativamente a minha capacitação para enfrentar as principais doenças que afetam a população brasileira no âmbito da atenção básica; também melhorou a minha capacidade de comunicação com os usuários do sistema nos espaços de debate, assim incorporamos habilidades fundamentais para a organização e planejamento de atividades na unidade de saúde. O curso também proporcionou um processo aprendizagem pedagógico necessário para oferecer informação eficiente à população nas atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos e desenvolver ações de capacitação para os membros da equipe da unidade de saúde. Através do curso ampliou-se a qualidade de nosso desempenho profissional pois os materiais disponibilizados forneceram informação atualizada sobre os programas e orientações do Ministério da Saúde no enfrentamento aos riscos, doenças e agravos que afetam a qualidade de vida da população brasileira e, com certeza, no dia de hoje somos melhores profissionais.

Entre os aprendizados mais importantes estiveram os referentes aos direitos dos usuários dos serviços de saúde, pois foi muito interessante conhecer os direitos fundamentais que garantem o acesso da população em receber uma atenção integral e de qualidade nas unidades assistenciais do SUS ao longo do território nacional, sem discriminação de credo, cor da pele ou filiação política.

Outro aprendizado que teve relevância particular foi o relativo à estrutura das UBS, pois nos permitiu conhecer o desenho físico de uma Unidade de Saúde incluindo os elementos de iluminação, ventilação condições estruturais dos ambientes que a conformam, além da integração dos recursos humanos e a determinar a presença de possíveis barreiras arquitetônicas, fazendo o nosso desempenho mais eficaz e eficiente na hora de planejar e organizar as ações de saúde. Preciso referir-me aos aprendizados relacionados ao raciocínio clínico e a prática clínica; os temas de raciocínio clínico forneceram uma visão integradora no

momento da tomada de decisões frente a situações complexas da prática clínica que estabelecem critérios amplos a serem levados em consideração, sobre o embasamento de sempre fazer bem e nunca causar dano, agindo em busca da melhor solução para a saúde física e emocional dos usuários, além de nos oferecerem os conhecimentos necessários para enfrentar os principais problemas de saúde da população. O curso também contribuiu, com certeza, na melhoria da nossa comunicação oral e escrita em língua portuguesa resultando em uma das aprendizagens mais importantes.

Por fim, o aprendizado mais importante, de acordo com minha visão, foi em relação à intervenção, pois valorizamos muito o aporte dessa atividade como ferramenta metodológica a ser padronizada na investigação de outros problemas de saúde e na implementação de sistemas integrados de atenção a doenças crônicas não transmissíveis, além de resultar num mecanismo muito eficiente na busca de soluções com participação ativa da comunidade.

## Referências

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, nº 15, **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica, nº 16, **Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2006.

BRASIL. **Protocolo de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2001.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

## **Apêndices**



### Apêndice A – Figuras (Fotos da intervenção)



Figura 25. Reunião da equipe. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 26. Realização massiva de exames complementares. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 27. Rastreamento de hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 28. Atividade de promoção de saúde. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 29. Consulta médica do programa de hipertensão e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 30. Visita domiciliar à hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 31. Visita domiciliar para rastreamento de hipertensos e diabéticos. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 32. Visita domiciliar do agente comunitário de saúde para rastreamento e busca de faltosos a consultas. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 33. Visita domiciliar da equipe à usuária hipertensa. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 34. Visita domiciliar da equipe à usuária diabética. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 35 Reunião da equipe e líderes da comunidade. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.



Figura 36. Reunião da equipe e líderes da comunidade. UBS Antônio Cavalcante de Lima. Uiramutã/RR.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

### Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores HAS e DM - Mês 1																		
Diagnóstico Colte	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opacinte 4 hipertensa?	Opacinte 5 diabético?	Opacinte até coletar na Programa HIPERTENSÃO?	Opacinte até fechar de consulta de acordo com protocolo?	Faltou de buca otine para paciente com cavidade em vidro?	Opacinte até com o como clínico em dia de acordo com protocolo?	Opacinte até com o como complementar em dia de acordo com protocolo?	Opacinte necessitar de medicamento?	Todas as medicações em dia de acordo com o Pagador?	Opacinte até com o como clínico em dia de acordo com protocolo?	Autenticidade de risco com o como clínico em dia?	Opacinte realizou avaliação odontológica?	Opacinte recebeu orientação nutricional dentro alimentação?	Opacinte recebeu orientação pública do atendimento físico regular?	Opacinte recebeu orientação dentro de risco de tabagismo?
Orientação e do próximo mês	Idade do paciente codificado	Nome	Em anos	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim	0-Não 1-Sim
	1																	
	2																	
	3																	
	4																	
	5																	
	6																	
	7																	
	8																	
	9																	
	10																	
	11																	
	12																	
	13																	
	14																	
	15																	
	16																	
	17																	
	18																	
	19																	
	20																	
	21																	
	22																	
	23																	
	24																	
	25																	
	26																	
	27																	
	28																	
	29																	
	30																	
	31																	







## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante